

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna  
e Obstetrícia**

**A EPISIOTOMIA COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DE  
LACERAÇÕES PERINEIAS GRAVES: QUE PERTINÊNCIA**

Relatório de Estágio

Inês Coimbra Alçada

Porto | 2018



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

---

A EPISIOTOMIA COMO ESTRATÉGIA DE  
PREVENÇÃO DE LACERAÇÕES PERINEAIS  
GRAVES: QUE PERTINÊNCIA

EPISIOTOMY AS A STRATEGY TO PREVENT SEVERE  
PERINEAL LACERATIONS: WHAT RELEVANCE

Relatório de estágio de natureza profissional  
orientado pela Professora Maria Vitória Barros de  
Castro Parreira

Autora: Inês Coimbra Alçada

Porto | 2018



## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório marca o final de uma etapa decisiva do meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico. A sua conclusão foi possível com o auxílio de algumas pessoas, que foram fundamentais ao longo de todo este percurso e a quem não poderia deixar de agradecer.

À minha orientadora, a Prof. Maria Vitória Parreira, por toda a disponibilidade, colaboração, competência científica e conhecimento transmitido, bem como pelo constante suporte e continuo encorajamento ao longo de todo o percurso, sem dúvida cruciais para o sucesso alcançado.

À professora Marinha Carneiro pela disponibilidade, amabilidade e orientação ao longo destes dois anos de percurso.

À equipa de obstetrícia do CHVNG/E pelo acolhimento, em especial destaque as minhas orientadoras de estágio, as Enf. Ilda Leite e Sandra Teles, pela transmissão de conhecimentos e desafios proporcionados.

À minha família, em especial aos meus pais e irmão, por sempre acreditarem em mim, desafiarem-me a nunca desistir e apoiarem as minhas decisões mesmo quando eu mesma tinha dúvidas.

Ao Daniel, por ser um porto seguro e motivar-me sempre a mais e melhor.

E por fim a todas as mulheres/casais e RN com que me cruzei ao longo deste percurso, pelo privilégio de estar presente de forma ativa num dos momentos mais marcantes da vida.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APPT** - ameaça parto pré-termo

**BSG** - boletim de saúde da grávida

**CHVNG/E** - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CTG** - cardiotocografia

**EESMO** - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**ESEP** - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**FCF** - Frequência Cardíaca Fetal

**ICM** - International Confederation of Midwives

**IG** - idade gestacional

**LA** - líquido amniótico

**MESMO** - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**NE** - nível de evidência

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PBE** - Prática Baseada em Evidência

**PPT** - parto pré-termo

**RCF** - ruídos cardíacos fetais

**RIL** - Revisão integrativa da literatura

**RN** - Recém-nascido

**RPM** - rotura prematura de membranas

**TA** - tensão arterial

**TP** - trabalho de parto





## RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissionalizante, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, procura descrever e analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, de acordo com as exigências do Regulamento de Competências em Cuidados Especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2011) e pela International Confederation of Midwives, no âmbito da Gravidez com complicações, Trabalho de parto e Pós-parto. A sua elaboração tem por foco a descrição do processo de conceção de cuidados, atividade diagnóstica e intervenções que sustentam o desenvolvimento de competências, no planeamento dos cuidados à mulher/casal, família e RN, com vista à promoção da saúde e numa transição para a parentalidade positiva, seguindo os objetivos da Unidade Curricular, Estágio com Relatório. São destacadas as actividades/áreas que suscitaram maior envolvimento e reflexão sobre o processo de cuidados especializados a mulheres grávidas com e sem complicações, a parturientes, a puérperas e suas famílias e aos RN com e sem fatores de risco.

Para além da descrição das atividades inerentes ao estágio, apresenta-se uma revisão integrativa da literatura sobre uma temática de interesse, com o intuito de problematizar práticas e formas de agir divergentes, entre os diversos profissionais, sobre o recurso à episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves, cuja questão orientadora foi: Que razões/motivos justificam a opção dos profissionais para realizar a episiotomia, no parto eutócico, como uma estratégia preventiva da laceração perineal? Com o objetivo de compreender a pertinência da episiotomia na prevenção de lacerações perineais graves. Os resultados emergentes dos estudos analisados não são consensuais o que indica a necessidade de continuar a investigar sobre a temática.

Ao analisar e refletir sobre o percurso formativo concluímos que os objetivos foram atingidos, uma vez que foram alcançadas todas as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e pelo curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Também as nossas expectativas foram superadas, pois este percurso formativo permite-nos afirmar que foi um caminho percorrido, cujo término culminou no nosso crescimento pessoal e profissional.

Palavras chave: competências, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, episiotomia, lacerações perineais graves, revisão integrativa da literatura.



## ABSTRACT

Title: Episiotomy as a strategy to prevent severe perineal laceration: what relevance.

The present professional nature report, carried out within the degree of Masters in Maternal Health Nursing and Midwifery, aims to describe and analyse the process of acquisition and development of competencies throughout the internship, in accordance with the requirements of the Regulation of Skills in Specialized Care, recommended by the Order of Nurses (2011) and the International Confederation of Midwives, in the areas of high risk pregnancy, labour and postpartum. Its elaboration focuses on the description of the process of conception of care, diagnostic activities and interventions that support the development of competencies, in the planning of care for the woman/couple, family and NB, aiming to promote health and a positive parenting transition, following the objectives of the Curricular Unit, Internship with Report. The activities/areas that are given rise to greater involvement and reflection on the process of specialized care are to pregnant women with and without complications, to parturient, to puerperal women and their families and to newborns with and without risk factors are highlighted.

In addition to the description of the activities inherent to the internship, an integrative review of the literature on a topic of interest is presented, with the aim of problematizing practices and ways of acting divergent among the different professionals, about the use of episiotomy as a strategy to prevent severe perineal lacerations, whose guiding question was: What reasons justify the choice to perform an episiotomy by professionals, in an eutocic delivery, as practice to prevent severe perineal laceration? With the objective of understanding the relevance of episiotomy in the prevention of severe perineal lacerations. The emerging results of the studies analysed are not consensual indicating the need to continue investigating this issue.

After analysing and reflecting about our formative course we conclude that the objectives were achieved, once all the competences recommended by the Nurses' Order and the Master's degree course in Maternal Nursing and Midwifery were achieved. Our expectations were also exceeded, because this formative path allows us to affirm that it was a journey, whose end culminated in our personal and professional growth.

Key words: episiotomy, integrative literature review, midwife, severe perineal laceration, skills.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES .....	21
1.1. Ameaça de Parto Pré-Termo .....	26
1.2. Restrição de Crescimento Intrauterino .....	29
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO .....	35
2.1. Indução do Trabalho de Parto.....	38
2.2. Período de dilatação - primeiro estadio do TP .....	39
2.3. Período expulsivo - segundo estadio do TP .....	48
2.4. Dequitação - terceiro estadio do TP .....	53
2.5. Hemóstase - quarto estadio do TP .....	55
2.6. Revisão Integrativa da Literatura: A episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves: que pertinência.....	56
2.6.1. Contextualização do problema.....	56
2.6.2. Metodologia.....	61
2.6.3. Resultados .....	63
2.6.4. Discussão .....	73
2.6.5 Conclusão da RIL .....	74
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE .....	77
3.1. Cuidados à puérpera .....	79
3.2. Amamentação.....	84
3.3. Cuidados ao Recém-nascido .....	86
3.4. Preparação para o regresso a casa.....	90
4. ANÁLISE REFLEXIVA .....	93
CONCLUSÃO .....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Pergunta PICO .....	62
--------------------------------	----

Tabela 2 - Análise dos artigos .....	64
--------------------------------------	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Grávidas cuidadas ao longo do estágio .....	94
--	----

Figura 2 - Partos executados e participados.....	95
--	----

Figura 3 - Puérperas cuidadas ao longo do estágio .....	95
---	----

Figura 4 - RN cuidados ao longo do estágio .....	95
--	----





## INTRODUÇÃO

Este documento surge no contexto da realização da Unidade Curricular, Estágio com Relatório, e visa descrever o percurso vivenciado ao longo do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, vertente profissionalizante, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O Decreto-lei 74/2006 de 25 de março preconiza que no ensino politécnico o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4). De acordo com os critérios expressos no referido Decreto-lei, artigo 20º, nº 1; Adaptando o artigo 15º do mesmo Decreto-lei, em concordância com as orientações normativas do curso, trata-se de uma formação científica de carácter profissionalizante, de conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (Saúde Materna e Obstétrica) tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e, neste contexto, ao processo de maternidade e parentalidade, bem como aos problemas de saúde materna, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

A operacionalização deste estágio insere-se na unidade curricular Estágio gravidez, trabalho de parto e pós-parto, realizada no âmbito do segundo ano do Curso (MESMO), com o objetivo de proporcionar ao formando as experiências para adquirir e desenvolver as competências relacionadas com a área da saúde materna e obstétrica, de acordo com o preconizado pelo Regulamento do 2º ciclo de estudos, Nº 127/2011, publicado no Diário da República (2011). Também de acordo com o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012) como suporte para o exercício profissional como Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), previsto nos termos da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, com transposição para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/EC do Parlamento e do Conselho de 7 de Setembro. Foi suportado, também, pelas leis que regem a profissão de enfermeiro e pelos regulamentos definidos pela OE, n.º 122/2011, publicados na 2ª Série do Diário da República n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011 e pelas diretrizes da International Confederation of Midwives (ICM), que definem o enfermeiro especialista, dotado das competências científicas, humanas e técnicas para a prestação de cuidados especializados, para além dos cuidados gerais de enfermagem, pois de acordo com a ICM são competências específicas do Enfermeiro especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica:

- Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto e ainda o recém-nascido (RN) até ao 28º dia de vida;

- Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

No que se refere às competências Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional; e Cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil), inserido na comunidade, foram desenvolvidas ao longo da Unidade Curricular Estágio de vigilância da gravidez e preparação para a parentalidade, realizada no primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEP.

Este estágio foi realizado no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), Unidade II, ao longo de 34 semanas, num total de 900h, sob três módulos, em unidades de cuidados tais como: gravidez com complicações, bloco de partos e puerpério, no serviço de obstetrícia, entre dezembro de 2016 e julho de 2017, sob a orientação direta de enfermeiras ESMO como tutoras e, também, sob orientação tutorial, pela docente da ESEP, orientadora deste relatório, para discussão, partilha e análise de aspetos relativos à aquisição e desenvolvimento de competências, para a construção do relatório de estágio, num total de 75 horas.

Os objetivos norteadores da unidade curricular determinam as diretrizes para a definição de objetivos do nosso projeto inicial de estágio:

- Demonstrar competências no domínio da investigação científica;
- Problematicar as práticas e os processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia com base numa PBE;
- Demonstrar competências no âmbito da descrição dos focos de atenção mais frequentes e no planeamento de cuidados à mulher/casal nas diferentes áreas de atuação do EESMO respeitando as diferenças culturais;
- Desenvolver práticas emancipatórias para a vivência da gravidez e o exercício do papel parental;
- Refletir sobre os cuidados de enfermagem especializados prestados à mulher em situação de Gravidez com complicações, Trabalho de parto, Parto e Puerpério com base na evidência científica mais atual;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional ética e legal.

Assim, o culminar desta etapa expressa-se em forma de relatório, mas tendo por base o trabalho científico, num campo específico do conhecimento, de promoção de aprendizagem ativa, centrado no desenvolvimento de competências profissionais e sob a ótica da OE e IMC, para o exercício de enfermeiro especialista, dando especial enfoque ao tema: A pertinência da Episiotomia como estratégia para a prevenção de lacerações perineais.

Para a seleção do tema e a sua condução, as regras enunciadas e ordenadas por Botelho et al. (2011) relativas à forma de operacionalizar a investigação, foram os eixos estruturantes deste percurso. As competências do EESMO foram o ponto de partida para a nossa prática reflexiva, durante o percurso formativo, visto que de acordo com o Regulamento de competências do enfermeiro especialista o EESMO tem as competências clínicas necessárias na sua área de formação, acrescidas das competências do enfermeiro generalista, como a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Este estágio proporcionou experiências relevantes não só no que concerne à prática de cuidados, baseada em evidências científicas, pela recontextualização dos conhecimentos, como também, tivemos a oportunidade de prestar cuidados individualizados à mulher/casal e família, problematizando as práticas de acordo com a evidência científica mais atual, sem nunca esquecer o contexto social e cultural onde estavam inseridos, respeitando as suas crenças e valores.

Tendo em conta que um dos objetivos delineados era demonstrar competências no domínio da investigação científica, a justificação da temática escolhida relacionou-se com motivações pessoais e profissionais geradoras de inquietação justificada pelo trajeto pessoal, profissional e académico, cuja construção ao longo da linha cronológica, se alicerçou no desenvolvimento de competência científica, técnica e humana na qualidade de Enfermeira, no contexto dos cuidados em obstetrícia.

Durante o módulo de estágio de TP e parto constatámos que a prática da episiotomia era superior aos 10% preconizados pela OMS. Na realidade, de acordo o European Perinatal Health Report (2010) a episiotomia foi realizada em cerca de 73% dos partos vaginais em Portugal, entre 2004 e 2010. Tivemos a perceção de que este procedimento era realizado como método de prevenção de lacerações perineais graves. Motivo pelo qual, emergiu o interesse em estudar esta problemática e procurar qual a evidência científica mais recente, que justificasse a pertinência da episiotomia, na prevenção de lacerações perineais graves. Para tal a nossa opção metodológica foi a revisão integrativa da literatura, cuja questão orientadora, “Que razões/motivos justificam a opção dos profissionais para realizar a episiotomia, no parto eutócico, como uma estratégia preventiva da laceração perineal grave?”, com o objetivo de compreender qual a pertinência da episiotomia na prevenção de lacerações perineais graves e cujo estudo

realizado se encontra no capítulo designado de Desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto e parto.

Com o intuito de responder aos objetivos delineados e facilitar a leitura das atividades desenvolvidas e as experiências vivenciadas que auxiliaram o processo de aquisição de competências, o presente relatório encontra-se estruturado por capítulos: o primeiro descreve os cuidados à grávida/casal face à transição para a parentalidade numa situação de risco, como é o caso de uma gravidez com complicações; o segundo descreve os cuidados à parturiente/casal durante o TP e parto e apresenta a construção e resultados da revisão integrativa da literatura sobre a pertinência da episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves; o terceiro capítulo descreve os cuidados à puérpera/casal e RN durante o internamento no serviço de puerpério. Por fim no quarto capítulo insere-se a análise crítico-reflexiva acerca do estágio profissionalizante e uma apreciação geral do percurso realizado, bem como o contributo deste percurso formativo para a aquisição de competências profissionais e desenvolvimento pessoal.

Relatamos, assim, a aquisição e o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias na prestação de cuidados especializados à mulher/família de acordo com os diferentes módulos de estágio. Descritivamente, apresentamos os percursos, definindo a perspetiva de convergência teórica para a sua abordagem e aplicabilidade na prática, sob o signo da aprendizagem baseada na evidência, seguindo a apresentação da metodologia com pertinência na prossecução do estudo: Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Apresentamos o dispositivo empírico de evidência, resultante da pesquisa dos artigos publicados, apurados, analisados, interpretados, sintetizados e por fim as considerações finais que emergiram da reflexão crítica, da experiência vivenciada, a partir do confronto entre os objetivos delineados e as competências adquiridas, ao longo de um percurso profícuo e desafiante na nossa vida como futura ESMO.

## 1.DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

As atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do módulo de estágio titulado “Gravidez com complicações” foram realizadas sob a orientação/supervisão de EESMOs, com a duração de 4 semanas e com o objetivo principal de adquirir competências que possibilitassem assistir a grávida/casal a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal.

Procuramos neste capítulo descrever toda a experiência vivenciada e compartilhada durante o módulo de estágio “Gravidez com Complicações”, com ênfase na dinâmica e no processo de cuidados, que teve como objetivo cuidar a grávida/casal, numa situação de gravidez, com complicações, de forma a promover a esperança e a minimizar os sentimentos negativos que possam emergir face às possíveis alterações. A transição para a parentalidade implica por si só a necessidade da grávida/casal se adaptar a novos papéis e adquirir as competências e habilidades necessárias para os realizar. Quando existe uma complicação na gestação, esta influencia o projeto de maternidade da grávida e torna-se um fator dificultador de uma transição para a parentalidade saudável. Acresce, ainda, à vulnerabilidade sentida na gestação, um misto de emoções/sensações que a tornam mais vulnerável, o que implica que, como profissionais, tivéssemos uma atenção redobrada, no sentido de promover a esperança da grávida/casal e desta forma sermos um elo facilitador desta transição (Oliveira, Madeira e Penna, 2017).

Por esta razão, este período de estágio exigiu uma busca sistemática de evidência científica e uma recontextualização dos saberes adquiridos, de forma a potencializar em nós uma consciência crítica de que para a maioria das mães/casais o projeto de parentalidade, nomeadamente a gravidez, é um dos eventos mais marcantes na sua vida, uma vez que social e culturalmente está padronizado o que é esperado desta fase e qual o comportamento esperado da grávida/casal. Contudo, é comum desencadear sentimentos de vulnerabilidade e ambivalência, bem como alterações no bem-estar da grávida/casal (Machado, 2010 e Guerra, 2014). Todos estes fatores geram expectativas, sentimentos e emoções relacionadas com uma vivência de gravidez de risco face à incerteza dos sobressaltos que podem emergir no seu projeto de parentalidade.

A experiência da gravidez e as mudanças que esta acarreta são vividas com agrado por muitas mulheres. Contudo, nem todas partilham da mesma experiência, sobretudo aquelas em que com maior probabilidade estão perante uma situação de gravidez de risco. De acordo com Montenegro et al. (2014) considera-se gravidez de risco quando a incidência de

desfechos adversos para a mulher e/ou feto é superior à da população geral. Diagnostica-se gravidez de risco quando se verifica a existência de uma ou mais complicações na gestação que podem estar associadas a diversos fatores, como a história obstétrica, a situação clínica materna, a patologia obstétrica atual, o meio socioeconómico, a demografia, as intercorrências obstétricas e os comportamentos de risco durante a gravidez, tais como: o abuso do tabaco, do álcool e/ou de drogas (Costa, 2002).

O diagnóstico de gravidez de risco é causador de maiores níveis de ansiedade e medo, sobretudo quando ao diagnóstico se associa a necessidade de internamento. Pode, assim, surgir stress adicional, para a grávida, pela incapacidade de realizar as tarefas quotidianas e pela alteração da rotina diária. Este diagnóstico e os seus efeitos são deveras preocupantes na atualidade, visto que apesar de toda a prevenção de complicações existente, cerca de 20 milhões de mulheres, por ano, em todo o mundo, são afetadas por complicações na gravidez e 270.000 morrem devido a estas (Debas, 2015). De acordo com Cunha et al. (2009), continua a ser um desafio diminuir as taxas de morbilidade e mortalidade materna, pelo que a vigilância no período pré-natal, por profissionais qualificados, pode contribuir para a redução dessas taxas e promover uma maternidade mais segura. Neste contexto, compreendemos que como futura EESMO teríamos um papel fundamental no acompanhamento individualizado da mulher/família, bem como procuramos dar o nosso contributo como sendo um pilar para a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente quando diagnosticada alguma complicação durante a gestação (Graça, 2010).

Assim, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio tiveram como objetivo a aquisição das competências preconizadas pela OE (2010), necessárias para cuidar a grávida com patologia associada à gravidez, tais como: diagnosticar precocemente e prevenir complicações da saúde materna durante o período pré-natal, informar e orientar a grávida e família sobre sinais e sintomas de risco, monitorizar e avaliar a saúde materna e fetal segundo os meios clínicos e técnicos apropriados, identificar e monitorizar os desvio do padrão de adaptação à gestação e facilitar a adaptação ao período pré-natal. Também conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à grávida com patologia associada e/ou concomitante, foram actividades por nós desenvolvidas. Para tal, os saberes adquiridos, a experiência ao longo do estágio e as necessidades identificadas, com base nas orientações da ICM para uma prática segura, constituíram a pedra angular neste processo de cuidados especializados. Seguimos, também, as recomendações da ICM no que concerne à promoção do respeito e da confiança e promoção de uma comunicação efetiva entre a equipa multidisciplinar, com o intuito de prestar cuidados de saúde materna de qualidade.

As grávidas internadas no serviço de Gravidez com complicações no CHVNG/E, eram provenientes do serviço de urgência ou consulta externa. Como estudante do MESMO consideramos o acolhimento, iniciado na admissão no serviço, uma etapa crucial para a

eficácia dos cuidados individualizados e culturalmente competentes. Razão pela qual procuramos transmitir confiança e demonstrar disponibilidade e abertura para esclarecer questões, com o objetivo de aumentar a confiança e diminuir os níveis de stress face à problemática e à situação particular e singular de cada grávida/casal. Após acompanhar a grávida ao respetivo quarto e apresentar o espaço físico, era explicada a dinâmica do serviço, os seus direitos e os seus deveres, as rotinas e o horário de visitas. Esta informação era fundamental já que as condições hoteleiras deste serviço de internamento eram exíguas em termos de espaço e condições e por isso carecia de alguns cuidados no sentido de promover e poder garantir a privacidade da mulher grávida/casal.

Após a grávida estar instalada na sua cama e/ou sala, procedíamos à colheita de dados necessários, de forma a identificar os focos de atenção de enfermagem, estabelecermos um plano de cuidados individualizado, adaptado às necessidades da grávida/casal, não esquecendo o meio sociocultural e familiar, bem como monitorizar o bem-estar materno-fetal (Baston e Hall, 2010). Promovíamos e estabelecíamos a relação de ajuda, pois de acordo com Lazure (1994) e Chalifour (2008) a relação de ajuda é fundamental para a prestação de cuidados em Enfermagem e, nesse sentido, criamos uma relação com a grávida/casal com o objetivo de proporcionar apoio, informação, conforto, acompanhamento, confiança e empoderamento com base no acolhimento, empatia e disponibilidade, para a prestação de cuidados individualizados e especializados.

A entrevista com a grávida foi a técnica usada para a colheita de dados, para questionar sobre os antecedentes pessoais, integridade da pele, frequência ou não do curso de preparação para o parto e parentalidade e contato telefónico da pessoa significativa. Posteriormente, monitorizávamos os sinais vitais e consultávamos o processo clínico e Boletim de Saúde da Grávida (BSG), de forma a obter informação sobre o diagnóstico clínico, idade gestacional (IG), história obstétrica, peso anterior à gravidez, o grupo sanguíneo e fator Rh, gestão do regime terapêutico, consumo de substâncias nocivas, hábitos de vida e antecedentes pessoais e familiares relevantes. A partir da informação colhida, desde o momento de entrada no serviço, recorriamos à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem), através do sistema informático utilizado, o SClínico, para identificar os focos de enfermagem e elaborar o plano de cuidados de enfermagem, o que permitia uma prática documentada e padronizada, nomeadamente nos registos de enfermagem.

Durante o restante período de internamento realizávamos, diariamente, de acordo com as necessidades da gestante, a avaliação dos sinais vitais, a avaliação da proteinúria com recurso ao combur teste, em casos de pré-eclâmpsia e suspeita da mesma, e a monitorização externa do bem-estar fetal. O bem-estar fetal era avaliado consoante a IG, quando superior a 11 semanas recorriamos ao Doppler para auscultar a frequência cardíaca fetal, quando superior a 30 semanas recorriamos à cardiotocografia (CTG), embora

Ramalho (2014) preconize que esta deve ser realizada após as 37 semanas. Antes de iniciar a monitorização, informávamos e explicávamos à grávida sobre o procedimento que íamos realizar, uma vez que realizar procedimentos sem prestar informações aumenta os níveis de ansiedade e medo. Para tal, com a grávida em posição de decúbito supina, realizávamos as quatro Manobras de Leopold de forma a identificar o número de fetos, a apresentação, a posição, a atitude fetal, o encravamento e o foco de auscultação (Montenegro et al. 2014). A realização destas manobras foi uma das dificuldades sentidas no início deste estágio, pois, embora treinadas ao longo da formação teórico-prática, no contexto clínico, as estruturas fetais são mais discretas à palpação. Contudo com empenho, treino e orientação por parte das enfermeiras tutoras esta dificuldade foi ultrapassada.

Quando identificado o foco de auscultação eram colocados os transdutores no abdómen materno, sendo que o tocotransdutor para avaliar as contrações uterinas era colocado no fundo uterino e o transdutor de ultrassons para avaliar a frequência cardíaca fetal (FCF) era colocado no foco fetal. Após colocação dos transdutores e visualização dos gráficos do CTG, instruíamos a grávida a adotar o decúbito lateral esquerdo, uma vez que a posição de decúbito dorsal pode levar à compressão da artéria aorta e da veia cava devido ao peso do útero gravídico e, por consequência, afetar a perfusão placentar e oxigenação fetal (Nardin, 2007; Porto, Amorim e Souza, 2010). A monitorização CTG era realizada durante 20 a 40 minutos, se estivéssemos perante um registo normal. Contudo, podia ser prolongada sempre que fosse considerado justificável, como por exemplo, no caso de estarmos perante um traçado “suspeito”. A classificação do traçado baseia-se na frequência cardíaca basal do feto, a sua variabilidade e reatividade, o aparecimento de desacelerações e a presença anormal de CU. Também eram tidas em consideração a IG, os efeitos dos estímulos externos e a situação clínica da grávida, de forma a detetar precocemente problemas potenciais e assim solucionar ou minimizar problemas reais. Todos os cardiotocógrafos do CHVNG/E tinham sensores de movimentos fetais, pelo que a grávida não necessitava estar concentrada na contagem desses movimentos. A perceção de movimentos fetais é um achado importante, uma vez que a sua diminuição está associada a resultados obstétricos pouco desejáveis (Dutton et al., 2012). Não existe um valor específico de movimentos fetais pelo que de acordo com Preston et al. (2010), é um sinal de alarme quando não se verificam movimentos fetais durante 12 horas consecutivas, pelo que estávamos atentas a situações em que a grávida referisse diminuição dos movimentos fetais, momento em que realizávamos CTG, visto esta ser uma competência autónoma do EESMO (OE, 2010).

A ansiedade, definida como uma emoção negativa que causa sentimentos de ameaça, perigo e angústia, pela CIPE (2017), foi dos focos de enfermagem identificados mais frequentemente ao longo do estágio. Concordamos com Oliveira et al. (2011) quando afirmam que é comum a todas as mulheres o medo de ter um RN com alguma deficiência,



independentemente das circunstâncias, pelo que a palavra “risco” causa temor e é compreendida como algo grave e complexo, que foge ao seu controle. Quando ao diagnóstico de gravidez de risco se associa a necessidade de internamento, à ansiedade normal vivenciada durante a gestação, acrescenta-se a ansiedade relacionada com o próprio internamento, nomeadamente: a sua duração, o sentir-se sozinha, desamparada e insegura, num meio diferente com pessoas desconhecidas e neste caso também a necessidade de partilhar o quarto. Também outros cuidados a ter que se impuseram como necessários, como o repouso forçado, podem amplificar as emoções negativas, com consequente aumento dos níveis de ansiedade, stress e medo, relacionados também com a ameaça de perder o filho e em casos de doença em situação crítica, até a própria morte (Rubarth, Schoenning e Cosimano, 2012). De acordo com Miquelutti et al. (2013), a ansiedade durante a gestação tem um impacto adverso na saúde materno-fetal, verificando-se um maior risco de ocorrência de parto pré-termo, sofrimento fetal e o nascimento de RN com baixo peso. Por estas razões procurámos minimizar os sentimentos de medo e ansiedade, com vista a diminuir o risco de dificultar a transição para a parentalidade saudável, o que vai de encontro ao recomendado por Guerra et al. (2014). Para tal, implementámos intervenções como a escuta ativa, providenciar apoio emocional, promover a adesão ao regime terapêutico e promover o envolvimento da família, de forma individualizada, sem descorar o companheiro, pois de acordo com Teixeira (2011), a taxa de ansiedade e depressão associado ao diagnóstico de gravidez de risco também o afeta.

Outro foco de enfermagem identificado regularmente foi a aprendizagem, definida pela CIPE (2017) como o processo de aquisição de conhecimentos ou competências via estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência. Promover a educação para a saúde e apoiar a grávida/casal, de acordo com as suas necessidades, foi uma estratégia que demonstrou ser facilitadora no momento de internamento e da transição para a parentalidade, bem como imprescindível para o bem-estar da grávida e sua família. Observámos que a grande maioria das grávidas internadas gostavam de conversar e saber mais sobre a sua gravidez, pelo que procuramos perceber quais os temas de maior interesse e quais os temas que suscitavam mais dúvidas, bem como avaliar os défices de conhecimento e habilidades da grávida/casal e, quando oportuno, desenvolve-los não só de forma a favorecer a adaptação à condição de risco, mas também à promoção do autocuidado e à tomada de decisão consciente e informada. Sempre que possível, reuníamos um pequeno grupo e realizávamos sessões de forma informal. Por vezes, estes momentos informativos eram realizados também na presença e com a pessoa significativa, se a grávida assim o desejasse, visto que a sua presença no internamento é propícia para envolver a família no processo de cuidados e facilitadora da partilha de informação. Assim, embora com intensidade diferente, cuidávamos também a família, promovendo o seu envolvimento, uma vez que estes também experienciam sentimentos de preocupação e ansiedade com o diagnóstico de gravidez de risco (Petroni et al., 2012). Uma vez que a

vivência da gravidez com complicações depende muito do risco e da capacidade da grávida/casal se adaptar à nova condição, assumimos que embora estudantes, como EESMO, tivemos um papel essencial no apoio providenciado, na prestação de cuidados e nas orientações dadas sobre como se adaptar e lidar com a nova condição. Seguimos a orientação de Ramos (2014) que compreende a educação para a saúde como facilitadora e fulcral na transição para a parentalidade.

Ao longo deste estágio, para além de cuidar e promover o bem-estar da grávida e do casal, prestamos cuidados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas, nomeadamente: ameaça de parto pré-termo (APPT), rutura prematura das membranas (RPM), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), placenta prévia, doenças hipertensivas, diabetes mellitus gestacional e pielonefrite. Contudo, na Unidade de cuidados onde realizamos o estágio, o motivo de internamento mais frequente foi a APPT e a RCIU, razão pela qual neste relatório enfatizamos mais estas situações.

### **1.1. Ameaça de Parto Pré-Termo**

O parto pré-termo (PPT) é definido como o parto que ocorre entre as 22 e 37 semanas de gestação, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) e segundo a Tonse et al. (2014) é a maior causa de mortalidade infantil. Segundo Lumey (2003) existem três categorias de PPT de acordo com a IG: prematuro moderado a tardio (entre 32 e 37 semanas), muito prematuro (entre 28 e 31 semanas) e extremamente prematuro (inferior às 27 semanas).

De acordo com a SEGO (2012) a APPT pode culminar no parto prematuro, ou seja, antes de completadas as 37 semanas de gestação. De facto, a incidência do PPT é cada vez maior, embora haja uma melhoria das condições sociais e de saúde e dos avanços tecnológicos (OMS, 2014) pudemos constatar que foi das complicações mais observadas durante o estágio. O diagnóstico diferencial entre a APPT e o Trabalho de PPT é fundamental para identificar o prognóstico perinatal e as intervenções convenientes (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008; Graça, 2010). Como meio de diagnóstico diferenciado de acordo com os mesmos autores é necessário avaliar o estado e comprimento do colo uterino e detetar a existência de fibronectina fetal nas secreções cervicais. A ATTP é caracterizada pela presença de contratilidade uterina frequente e regular, com formação do segmento inferior uterino, antes das 37 semanas de gestação. Contudo sem consequência a nível do colo uterino, ao passo que o Trabalho de PPT tem sintomatologia idêntica, mas com repercussão, observando-se dilatação e extinção do colo. Atualmente ainda não se conhecem os mecanismos fisiopatológicos que expliquem a APPT. Acredita-se que se trata de um processo com etiologia multifatorial, desencadeado pela RPM, que justificam cerca

de um terço dos PPT e as infeções extrauterinas, como a pielonefrite, associada a cerca de 10% dos casos (Cabero, 2007). A sua importância depreende do resultante aumento da morbilidade neonatal e sequelas infantis, sobretudo quando ocorre em IG precoces. De facto, de acordo com Chang et al. (2013), aos 5 anos de idade, 40% dos grandes prematuros apresentam problemas cognitivos em diferentes graus.

A abordagem clínica da APPT depende do estado do colo uterino, da IG, da existência de dilatação do colo uterino, da existência de RPM e do estado materno-fetal. Ao longo deste período de estágio, intervimos no sentido de promover o bem-estar materno e fetal, a esperança e o ambiente seguro. Realizamos algumas intervenções resultantes de prescrição, como a administração medicamentosa e a monitorização do bem-estar materno e fetal, embora esta última também seja uma intervenção autónoma do EESMO estava frequentemente prescrita pelo obstetra. Procurámos, sobretudo, desenvolver práticas emancipatórias de forma a empoderar a grávida/casal de acordo com o modelo centrado na pessoa (McCormack et al., 2015), no sentido de envolver-los no seu próprio cuidado, fornecendo os conhecimentos sobre os sinais e sintomas de TP, de forma a que a grávida esteja no controlo da situação, bem como promover a adesão ao regime terapêutico.

Ensinar sobre TP: sinais e sintomas, foi uma intervenção constante. No caso da APPT avaliávamos a consciencialização da sua condição de saúde e procurávamos dotar a grávida/casal do conhecimento sobre os sinais e sintomas de TP e, desta forma, aumentar o seu controlo face à identificação da situação (Mendonça, 2011). Incentivávamos as grávidas a alertar quando sentissem CU com intervalos menores a 10 minutos durante 1 hora, dor tipo cólica na porção inferior do abdómen e perda de líquido ou sangue, via vaginal.

Outra intervenção realizada foi encorajar o repouso (CIPE, 2017), embora atualmente a evidência demonstre que pode aumentar o risco de tromboembolismos, atrofia muscular e perda de massa óssea, o repouso no leito continua a ser uma prática comum em casos de APPT (Lowdermilk e Perry, 2008). No CHVNG/E existiam duas prescrições de repouso no leito por parte dos obstetras, o repouso absoluto e o repouso relativo. Quando estava prescrito repouso absoluto a grávida não tinha indicação de sair da cama e quando o repouso era prescrito como relativo esta podia ir à casa de banho em cadeira de rodas e realizar as refeições à mesa. Observámos que pela completa restrição, vivenciada durante o internamento, as grávidas sujeitas a repouso absoluto evidenciavam maiores níveis de sentimentos negativos, pela limitação da autonomia e dependência de terceiros, e ansiedade relacionada com a situação, do que quando o repouso era prescrito como relativo, embora estas também os apresentassem pela alteração da rotina, limitação da mobilidade e incapacidade de cumprir as suas responsabilidades enquanto mulher e mãe (Luna, Miguez e Luna, 2012). De forma a minimizar estes sentimentos negativos procurámos apoiar a grávida na identificação de atividades lúdicas do seu agrado que

pudessem realizar, como ler, realizar palavras cruzadas, sudoku, entre outras, bem como ter acesso ao telemóvel, computador portátil e internet e quando permitido encorajamos a grávida a realizar exercícios passivos de mobilidade articular. Apoiámos, assim, a grávida na gestão do repouso e encorajamos o decúbito lateral, para facilitar a oxigenação fetal e a redução da pressão no colo do útero.

Com o intuito de prepararmos a alta para o regresso a casa da grávida consciencializávamos a grávida/casal relativamente a mudanças necessárias sobre possíveis comportamentos de risco como a atividade sexual, as viagens de longa distância, as tarefas domésticas pesadas, como evitar permanecer de pé muito tempo, entre outras. De salientar que todas as grávidas internadas com diagnóstico de APPT, durante o período de estágio, tiveram alta clínica após alguns dias de internamento, com indicação para manterem repouso relativo no domicílio e deslocarem-se às urgências caso apresentassem novamente sinais ou sintomas de APPT.

A realização e interpretação do CTG, intervenção autónoma do EESMO, era realizada como meio de vigiar o bem-estar fetal e a tonicidade uterina. A sua frequência dependia do estado clínico. Contudo, o mais usual era uma vez por turno, de acordo com o protocolo do serviço e sempre que por alguma situação ou por informação da grávida o justificasse, nomeadamente pela existência de CU, já que a contratilidade ao longo da gestação pode estar exacerbada nos casos de APPT, observando-se 4 ou mais CU por hora, em idades gestacionais inferiores ou iguais a 30 semanas e 6 ou mais CU por hora, em idades gestacionais superiores a 30 semanas. Por norma, as grávidas internadas por APPT tinham uma IG inferior às 34 semanas pelo que eram submetidas a corticoterapia (administração de dexametasona) para estimular a maturação pulmonar fetal. Nestes casos era frequente os traçados apresentarem baixa variabilidade, devido à imaturidade do sistema nervoso central, pelo que centrávamos a nossa atenção na existência de desacelerações associadas à baixa variabilidade, indicadores de acidose fetal e a uma dinâmica uterina regular para prever o início do TP (Campillos et al., 2011).

A administração de medicamentos é uma intervenção resultante de prescrição. Nos casos de APPT recorre-se à corticoterapia para estimular a maturação pulmonar, pela libertação de enzimas que induzem a produção/libertação de surfactante pulmonar, com efeito benéfico para o RN, como a redução da síndrome de distresse respiratório, hemorragia peri ventricular, enterite necrótica, morte neonatal e a duração do internamento e sem efeitos maternos (SEGO, 2012). A corticoterapia era realizada entre as 24 e 34 semanas de gestação, uma vez que a evidência científica mostra que os benefícios após as 34 semanas são significativamente menores (Steven et al., 2000). O glucocorticóide utilizado no CHVNG/E era a dexametasona, em 4 doses de 6mg, cada com intervalo de 12 horas, via intramuscular. Nos casos em que a ATTP está associada a estados hipertensivos na gravidez o fármaco de eleição é a hidrocortisona (4 doses de 500mg, com intervalos de 12 horas, via intramuscular) (SEGO, 2012). O efeito máximo do tratamento observa-se entre as 24 horas

e os 7 dias após a última administração, nomeadamente, na prevenção da doença da membrana hialina, embora também se verifiquem melhorias no prognóstico fetal, quando o parto ocorre antes de finalizar o tratamento (Clode, Jorge e Graça, 2012). Ainda não é recomendado a repetição do ciclo de maturação pulmonar. Contudo a SEGO (2012) defende que se recorra a um total de seis doses de corticoterapia caso o diagnóstico de ATTP se mantenha ou recorra. De acordo com Montenegro et al. (2014) a administração de um “ciclo de resgate”, isto é, repetir um ciclo completo após pelo menos 15 dias do ciclo inicial nas gestações que mantiveram risco de PPT e que ainda não tenham completado as 34 semanas e 6 dias, não aumenta de forma significativa o risco de infeção materna ou fetal, nem está associada a RCIU ou diminuição do peso ao nascer.

Os tocolíticos foram fármacos bastante utilizados no ATTP como prevenção do Trabalho de PPT e CU e têm como principal benefício possibilitarem o prolongamento da gestação até 7 dias e, desta forma, permitirem a estimulação da maturidade pulmonar fetal com recurso à corticoterapia (Montenegro et. al., 2014; RCOG, 2011). No CHVNG/E o tocolítico mais utilizado foi a Nifedipina, via oral. Esta é um bloqueador dos canais de cálcio, que inibe a entrada de cálcio extracelular através da membrana citoplasmática, impede a libertação do cálcio intracelular do retículo sarcoplasmático e permite um aumento da saída de cálcio da célula miometrial. A sua utilização como fármaco de primeira linha é defendida por King et al. (2003) e Montenegro et al. (2014), pela relação custo-benefício e pela baixa percentagem de efeitos secundários. Pelo seu risco de causar hipotensão materna grave, sempre que administrávamos a Nifedipina antes e após avaliávamos a TA. Outro fármaco utilizado nos casos de ATTP e que administramos também como atividade resultante de prescrição foi o Sulfato de Magnésio, com vista à proteção neurológica fetal. Este foi administrado apenas uma vez durante o período deste estágio, contudo, conscientes dos possíveis riscos de diminuição da TA e bloqueio neuromuscular grave, quando administramos este fármaco procedemos à vigilância do bem-estar materno e fetal.

## **1.2. Restrição de Crescimento Intrauterino**

De acordo com a literatura, a RCIU ocorre em 6% das gestações e o menor tamanho do feto deve-se a uma função placentar inadequada. Atualmente a fisiopatologia mais aceite defende que existe uma vasoconstrição crónica das artérias espiraladas resultante de uma inadequada invasão trofoblástica e como consequência verifica-se uma adaptação fetal com diminuição da velocidade de crescimento para melhorar a captação de oxigénio (Dias, 2012). Como resultado verifica-se hipoxia fetal que se prolonga durante semanas comprometendo uma adequada circulação e o desenvolvimento fetal.

Estes fetos são considerados pequenos para a idade gestacional (PIG) e têm maior morbidade e mortalidade perinatal (Illanes et al., 2014). O diagnóstico diferencial entre fetos com RCIU (30%) e fetos PIG (70%) saudáveis nem sempre é fácil. Quando um feto é pequeno, mas constitucional a função placentar é adequada e, normalmente, o prognóstico perinatal é bom (Carputo, 2012). Por sua vez, a RCIU é diagnosticada quando o peso é inferior ao que corresponderia para sua idade gestacional, geralmente abaixo do percentil 10, de acordo com a curva de crescimento intrauterino publicada em 1967 por Battaglia e Lubchenco (Baschat et al., 2012). Atualmente utiliza-se a classificação de Gardosi (2009) de acordo com o grau de severidade e o momento de início: RCIU severo, fetos com peso estimado inferior ao percentil 3 para a IG, com mau prognóstico; RCIU precoce, com início anterior às 32 semanas de gestação, associado à prematuridade, pré-eclâmpsia e alterações placentares; RCIU tardio, o mais comum, aparece após as 32 semanas de gestação, associado à prematuridade, pré-eclâmpsia e alterações placentares, com menor gravidade. De acordo com Dias (2012), são complicações neonatais da RCIU a prematuridade, asfixia intraparto, lesão cerebral hipóxia, enterocolite necrosante, hemorragia pulmonar, trombocitopenia, insuficiência renal, policitemia, sépsis, hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia e instabilidade térmica. O mesmo autor refere também algumas complicações a longo prazo como ligeira diminuição do QI e diminuição nos níveis da função cognitiva, coordenação motora e memória visual.

As causas da RCIU podem ser maternas, fetais e placentares. São causas maternas as doenças hipertensivas, doenças auto-imunes, trombofilias, os estilos de vida, depressão, desnutrição e fármacos (antineoplásicos, anticonvulsivantes, betabloqueadores e esteróides). São causas fetais as aneuploidias (trissomia 18 e 21), malformações cardíacas, malformações encefálicas e malformações da parede abdominal, infecção perinatal, prematuridade e gestações múltiplas. São causas placentares a placenta prévia, enfarte da placenta, vasculite, artéria umbilical única, placenta circunvalada, inserção velamentosa do cordão e tumores placentares (Pimiento e Beltrán, 2015). Um dado inicial de suspeita de RCIU pode ser a diminuição do crescimento abdominal materno de acordo com a IG. Embora a avaliação da altura uterina seja indicado como método de avaliação, após as 24 semanas de gestação, constatamos que na prática é pouco utilizado, uma vez que esta é feita pelo controlo ecográfico. No entanto, pudemos experienciar este procedimento que consiste na utilização de uma fita métrica e na medição entre o bordo superior da sínfise púbica e o fundo uterino, com a grávida em semi-fowler. Entre as 20 e as 36 semanas em média a medida em centímetros corresponde à IG em semanas (+/- 2 centímetros).

Na literatura não encontramos disponível referência a uma abordagem efetiva para estimular o crescimento fetal. No CHVNG/E o diagnóstico e conduta dependiam do historial clínico, avaliação ecográfica do tamanho e percentil do peso fetal, CTG e resultado do doppler arteriovenoso e perfil biofísico. As nossas intervenções foram autónomas e interdependentes. Tiveram como objetivo promover estilos de vida

saudáveis, vigiar o bem-estar materno e fetal, com recurso à monitorização CTG e avaliação de sinais vitais. De salientar que todos os procedimentos, indicações, benefícios e efeitos adversos foram esclarecidos de forma a que a grávida/casal percebesse o que estava a acontecer com a gravidez e, desta forma, promover a tomada de decisão consciente e fundamentada.

A monitorização de sinais vitais foi uma intervenção transversal ao longo do estágio para monitorização do bem-estar materno (CIPE, 2017). A monitorização da tensão arterial (TA) materna é particularmente importante nos casos de RCIU uma vez que em 30 a 40% dos casos estão associados a doenças hipertensivas e quando complicada pela pré-eclâmpsia verifica-se um aumento do risco de fetos PIG (Pimiento e Beltran, 2015). Nos casos em que a RCIU era diagnosticada a partir das 34 semanas de gestação, numa grávida com pré-eclâmpsia grave, de acordo com Boulet et al. (2006), está indicado o parto. Assim, a TA era avaliada pelo menos uma vez turno, nos casos de valores tensionais controlados, de 4 em 4 horas se estivesse diagnosticada pré-eclâmpsia à grávida, ou mais frequentemente de acordo com a situação e o protocolo do serviço. Para que a avaliação fosse o mais correta possível utilizávamos uma braçadeira de dimensões adequadas à gestante, com a grávida sentada ou em decúbito lateral esquerdo, com o braço ao nível do coração. Quando se observava uma TA sistólica superior a 140mmHg ou uma TA diastólica superior a 90mmHg, em duas ocasiões com intervalo de pelo menos 4 horas comunicávamos a situação a outro profissional, por estar além das nossas competências, como defende a OE. Contudo é importante referir que não está comprovado que a terapia anti-hipertensiva na gestante melhore o crescimento fetal (Carputo, 2012).

Vigiar o traçado cardiotocógrafo foi uma intervenção realizada à grávida nos casos de RCIU com o intuito de vigiar o bem-estar fetal e avaliar qual o melhor momento para dar término à gestação, ou seja, decidir qual o momento em que os riscos de continuar a gestação, com o feto em ambiente desfavorável, são maiores que os riscos de prematuridade (Dias, 2012). As grávidas internadas no CHVNG/E com diagnóstico de RCIU tinham prescrito monitorização com CTG uma vez por turno, o qual era avaliado de forma intermitente pelo EESMO e por vezes pelo obstetra, nomeadamente no que toca à perda de variabilidade e existência de desacelerações. A perda de variabilidade precoce é um achado comum, poucos dias antes da descompensação fetal como resultado da acidose sobre o Sistema Nervoso Central e em estadios avançados de compromisso fetal observam-se desacelerações no registo CTG (Hesher et al., 2001). De acordo com Dias (2012) em cerca de 90% dos casos o CTG tem capacidade de detetar fetos doentes, contudo a sua especificidade é baixa, de apenas 40%, pelo que é indispensável avaliar o perfil biofísico fetal.

Um dos focos principais por nós abordados foi ensinar sobre cessação tabágica (CIPE, 2017), uma vez que de acordo com Pimiento e Beltran (2015), o consumo de tabaco, álcool e drogas como a cocaína está associado a RCIU. A nicotina inibe o crescimento fetal, altera

a função pulmonar, pela redução da produção de surfactante e aumenta o risco de pneumonias, bronquites, otites, asma e síndrome de morte súbita (Lowdermilk e Lewis, 2008). Pelo que quando observávamos casos de grávidas fumadoras com diagnóstico de RCIU houve necessidade de informar e educar a grávida e família sobre riscos da nicotina para o feto e ensinar estratégias que permitam confrontar a necessidade de fumar como adiar, respirar fundo, beber água, mudar de tarefa e evitar estar perto de pessoas que estejam a fumar. Também lembrávamos que o uso de substitutos de nicotina não está indicado na gravidez, pelo que o recurso a tal é realizado em situações pontuais e sempre com supervisão médica (NICE, 2010).

Ensinar sobre padrão alimentar (CIPE, 2017) foi outra intervenção por nós desenvolvida nos casos de RCIU pela sua alta associação aos casos de desnutrição materna (Pimiento e Beltrán, 2015). Para tal começávamos por avaliar a consciencialização da grávida sobre o seu estilo de vida. De acordo com Alcolea (2011) está recomendado um aumento de peso de 9 a 12 Kg durante a gestação, embora estas orientações devam ser individualizadas. Informávamos as grávidas sobre os benefícios de uma dieta saudável fundamental para a boa evolução da gestação, com um aumento do consumo de alimentos ricos em cálcio, ferro e iodo. Recomendávamos também que a alimentação fosse equilibrada e completa, dividida em pelo menos 5 refeições, que ingerissem 2 litros de água por dia e evitassem bebidas açucaradas, estimulantes e gaseificadas. Informávamos que os suplementos nutricionais não têm benefícios demonstrados nos casos de RCIU pelo que não são recomendados (Dias, 2012).

Relativamente à administração de medicação (CIPE, 2017), embora existam diversos ensaios para múltiplos tratamentos da RCIU, como a heparina de baixo peso molecular, a hiper oxigenação materna, os suplementos nutricionais, os Bmiméticos, os dadores de óxido nítrico e os expansores de plasma, nenhum deles ficou comprovado ter um efeito benéfico e por isso não são recomendados. De facto, apenas a corticoterapia mostrou uma melhoria ao nível perinatal quando está previsto o parto pré-termo, embora o seu uso por rotina seja controverso (Carputo, 2012; Brodsky e Christou, 2004).

Encorajar o repouso (CIPE, 2017) foi também uma intervenção nos casos de RCIU, embora o repouso no leito nestes casos seja controverso. O repouso no leito associado à limitação de esforço físico com o objetivo de melhorar a circulação fetoplacentar foi prescrito nos internamentos por RCIU. Contudo está comprovado que estes não trazem qualquer benefício ao crescimento fetal (Dias, 2012). Na realidade o repouso no leito está associado ao aumento dos níveis de ansiedade e preocupação da grávida em relação à saúde perinatal, bem como o aumento dos níveis de incerteza relativamente à experiência de gravidez vivida (Luna, Miguez e Luna 2012).

Difícil é descrever todas as vivências e práticas experienciadas. Todavia, pelas consequências negativas que elevados níveis de ansiedade despoletam e pela necessidade



de promover a esperança, quando a grávida tinha indicação de repouso no leito, prestávamos especial atenção à experiência emocional, com promoção da escuta ativa e desta forma diagnosticar, precocemente, problemas e intervir de acordo com as necessidades individualizadas. Estamos conscientes que procuramos agir como estudante EESMO, demonstrando a nossa capacidade de inovação, conhecimentos para desenvolver e adquirir as competências, com o recurso às ferramentas necessárias para garantir a qualidade dos cuidados, sendo que, o grande desafio foi reformular métodos e técnicas que por vezes se revelaram, menos eficazes, mas que pretendemos ajustar às necessidades individuais. Assim, para que os nossos cuidados à grávida, casal e família fossem eficazes e competentes, consideramos ter sido essencial compreender os valores culturais, as crenças e modos de vida das utentes grávidas, no sentido de facilitar a implementação do plano de cuidados e terapêutico e prestar cuidados culturalmente competentes.



## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Desde o início este estágio constituiu uma preocupação e foi nosso apanágio prestar cuidados em ambiente seguro e, assim, otimizar o bem-estar e a saúde da parturiente/casal e feto e, posteriormente, após o parto, do RN na sua adaptação à vida extrauterina, através da construção de uma relação de confiança e apoio contínuo durante o TP, tal como preconiza a OE (2010). Cuidar a parturiente/casal ao longo do TP implicou não só identificar as necessidades da parturiente/casal tendo em conta a sua singularidade, o seu meio social e cultural, de forma a privilegiar cuidados de acordo com as suas necessidades reais e a promover uma experiência de parto positiva, uma vez que cada casal vivencia a experiência de tornar-se mãe/pai de uma forma singular.

No início deste estágio, muitas foram as interrogações e os receios de lidar com uma situação que aos nossos olhos se apresentava tanto fascinante, como algo que temíamos, pelo receio de não corresponder à exigência da grandiosidade do desafio, que no nosso imaginário aliado aos conhecimentos adquiridos, significava ajudar a nascer! Pois, tínhamos consciência que ultrapassar este desafio implicava desenvolver ações e praticar cuidados de enfermagem especializados, que deveriam contrariar algumas posturas, descritas na literatura, sobre a forma de ver a mulher como um corpo grávido, que necessita ser controlado, e como consequência observar-se uma compreensão reducionista da pessoa, que vive um processo social, desinserida do seu contexto (Parreira, 2007). Contudo, tal forma de perspetivar o processo de maternidade não se observou e por isso pudemos constatar que não passou de mero receio. Pelo contrário, pudemos constatar que era realizado um acolhimento caloroso da parturiente/casal, por parte dos EESMO e da restante equipa multidisciplinar, que era respeitada a sua condição humana e assegurados cuidados com vista ao seu empoderamento e, desta forma, sentirem que podiam tomar decisões esclarecidas, relativamente ao parto, com tranquilidade e segurança.

A nossa integração no serviço iniciou-se pela apresentação física do bloco de partos, apresentação da equipa multidisciplinar, explicação dos recursos existentes e, desta forma, o acolhimento caloroso sentido facilitou muito o início e todo o percurso formativo.

A OE (2010) afirma que prestar assistência à mulher e sua família nas diversas fases do ciclo reprodutivo e nos processos de saúde ou doença, são competências do EESMO, nas quais se inclui assistir a mulher durante o Trabalho de Parto e Parto. De facto, a literatura revela que a assistência durante o TP e parto de parturientes de baixo risco, pelo EESMO, é segura para a díade. De acordo com Hatem et al. (2013) estas parturientes revelam

maior sensação de conforto, maior probabilidade de parto espontâneo e menores números de intervenções, nomeadamente analgesia epidural, episiotomia e parto instrumentado, bem como, observam-se maiores índices de início da amamentação sem complicações e RN com menores dias de internamento. Partimos, então, do pressuposto que a nossa conduta poderia ser ajustada a esta perspetiva, no sentido de agirmos como EESMO, como um profissional essencial na vigilância e evolução do TP de baixo risco, na assistência ao parto fisiológico e nos cuidados ao RN, bem como em identificar desvios padrão da normalidade e alertar, se necessário, a equipe médica tal como preconiza a ICM (2013).

Pelos conhecimentos adquiridos, ao longo do curso, sabíamos que o TP é um fenómeno fisiológico, progressivo, caracterizado pela dilatação e extinção do colo uterino e pela progressão do feto no canal de parto até à sua expulsão, o parto. Estes são o culminar da gestação e representam um momento de crise na transição para a parentalidade. Também sabíamos que o desenrolar destes momentos dependem de outros fatores como: o tamanho do feto, as condições da placenta, as contrações uterinas, a posição materna, as reações psicológicas, o local do nascimento, a preparação prévia para o parto, as características do profissional que acompanha o processo e os procedimentos executados (Lowdermilk e Perry, 2012). Assim, também tínhamos a consciência crítica que o apoio contínuo por parte do EESMO podia ser um fator facilitador desta transição e resultar numa maior predisposição da mulher para um parto vaginal espontâneo, com menor probabilidade de complicações, intervenções e analgesia, bem como um período de TP mais curto (Hodnett et al., 2012). Nesta perspetiva, sempre que possível, procurámos acompanhar a parturiente durante todo o período de TP, visto observarmos que a continuidade de cuidados constituía um reforço da confiança e aumentava os níveis de segurança, para além de ser demonstrada e verbalizada como significativa pela parturiente e pessoa significativa.

As parturientes admitidas no bloco de partos eram provenientes do serviço de urgência ou do internamento. Aquando da sua entrada realizávamos o acolhimento, que consistia na apresentação do espaço físico e da equipa multidisciplinar, bem como dos recursos que a parturiente/casal podia solicitar. Aproveitávamos para questionar pelo nome que a parturiente desejava ser tratada, bem como o nome do RN, se já tivessem decidido. Este momento revelou-se essencial para estabelecer uma relação de ajuda com a parturiente/casal, tão importante, nomeadamente no que toca à vulnerabilidade que o internamento pode apresentar (Neil e Tomey, 2004). Verificamos que a individualidade na prestação de cuidados e mesmo na admissão demonstrou favorecer uma experiência de parto positiva e ser um facilitador da transição para a parentalidade.

Após a entrada no serviço era realizada a avaliação inicial através de colheita de dados com recurso a entrevista com a parturiente/casal e consulta do BSG, onde procurávamos dados referentes à vigilância da gravidez atual, estilo de vida, os antecedentes pessoais e obstétricos, a idade do casal, grupo sanguíneo, alergias, assim como resultados e análises

clínicas realizadas durante a gravidez. Durante a entrevista aproveitávamos para abordar as expectativas e emoções relativamente ao TP e parto, a experiência anterior, o desejo de amamentar, a frequência nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, a possibilidade de recurso a técnicas não farmacológicas ou farmacológicas de alívio da dor, esclarecer dúvidas e questionar sobre a existência de plano de parto. Os dados colhidos, bem como o contexto sociocultural da parturiente/casal foram fundamentais durante todo o internamento na elaboração do plano de cuidados e prestação de cuidados culturalmente competentes. Assim, um dos desafios do estágio no bloco de partos foi o desenvolvimento da competência cultural, para que o parto e nascimento pudessem ser uma experiência positiva, enquanto fenómenos marcados por crenças e práticas culturalmente padronizadas, com diversidade de rituais e comportamentos, e pudesse ser vivido como uma experiência gratificante, seguindo a perspetiva de Néné et al. (2016).

Concordamos com Parreira et al. (2016) quando afirmam que cuidar deve seguir os princípios filosóficos do cuidado cultural, tendo em conta a singularidade da parturiente/casal e respeitando as suas diferenças. Assim durante o ensino clínico cuidamos a parturiente de forma holística e individual, não descuidando a sua relação com conviventes significativos e o ambiente envolvente, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (OE, 2010). Cuidar na diversidade cultural foi uma experiência gratificante. Tivemos a oportunidade de prestar cuidados em várias situações de multiculturalidade, o que implicou conhecer as suas crenças e valores e as suas expectativas e receios, com respeito pelos princípios da sua cultura. Por ex.: uma experiência interessante foi cuidar uma mulher muçulmana que verbalizou não querer ser cuidada por profissionais do sexo masculino, apelo que foi respeitado. Pudemos experienciar que os EESMO cuidam populações heterogêneas e devem ter o cuidado de integrar as necessidades culturais das mulheres e das suas famílias nas suas práticas, de forma a serem um elo facilitador/positivo na experiência do parto/nascimento. Constatamos ao longo do estágio que os utentes valorizam a ação efetiva do profissional no que toca ao respeito das suas crenças, valores e práticas.

Após o acolhimento iniciávamos o processo de enfermagem, momento em que estabelecíamos o diagnóstico “Potencial para Trabalho de Parto” ou “Trabalho de Parto” (CIPE, 2017), quando na presença de CU espontâneas, pelo menos 2 em 15 minutos e dois dos seguintes sinais: extinção do colo uterino e dilatação do colo uterino (3 cm ou mais), ou rutura espontânea de membranas (ICSI, 2013).

Com vista a facilitar a compreensão da descrição das experiências vivenciadas ao longo do ensino clínico e o método como foram mobilizados e recontextualizados os conhecimentos de forma a adquirir as competências, abordaremos a indução do TP e as diferentes fases do TP, o primeiro estadio ou período de dilatação, o segundo estadio ou período expulsivo, o terceiro estadio ou dequitação e o quarto estadio ou período de hemóstase.

## 2.1. Indução do Trabalho de Parto

A indução do TP define-se como o processo de estimulação artificial do útero, com recurso a administração de fármacos como a ocitocina e as prostaglandinas ou através da execução de amniotomia, com o objetivo de despoletar o TP (OMS, 2014). Este procedimento duplicou nos últimos 20 anos, sendo a sua incidência correspondente a 25% dos partos de termo nos países desenvolvidos e está associado ao aumento do risco de partos instrumentalizados, cesarianas, traçados cardiotocográficos patológicos, prolapso de cordão, rutura uterina e prematuridade iatrogénica (Castan e Homs, 2013).

Este procedimento é recomendado quando existe maior risco materno ou fetal em aguardar pelo início espontâneo do TP do que em encurtar a duração da gestação com recurso à indução e deve ter em consideração o bem-estar materno e fetal, os riscos associados ao prolongamento da gestação, a IG, o estado do colo uterino, a avaliação da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetal (OMS, 2014). Este procedimento não deve ser uma opção na gravidez de baixo risco, quando apenas existe o desejo de encurtar a duração da gestação quer para agendar a data do parto ou por conveniência da parturiente/profissionais de saúde (DGS, 2015; NICE, 2008). De acordo com esta, são indicações para a indução do TP a gestação até 42 semanas não complicada, a pré-eclampsia, a diabetes mellitus, a isoimunização Rh, o oligoâmnios em gestação de termo, a RCIU com alterações fluxométricas e o óbito fetal, mas que a indução do TP deve ser evitada antes das 39 semanas de gestação, salvo exista um benefício de saúde evidente para a grávida/feto. No entanto observámos que na prática clínica, na sua maioria, as induções do TP não correspondiam a estas indicações.

A escolha do método de indução do TP depende do estado do colo uterino, para tal procede-se à sua avaliação através do exame cervical, também denominado toque vaginal, que permite avaliar o índice de Bishop, nomeadamente a consistência, localização, extinção e dilatação do colo uterino e o plano de descida da apresentação fetal. De acordo com os valores obtidos distinguem-se duas fases distintas do processo: quando o valor do índice de Bishop é inferior a 7 é necessário que a indução se inicie pela maturação cervical. No CHVNG/E o fármaco mais comum para a maturação cervical era o Misoprostol oral, até 6 tomas com intervalo de 2 horas entre cada toma, caso houvesse história de cesariana anterior recorria-se à administração de prostaglandinas E2, nomeadamente Propess, por via vaginal, pelo risco de rutura uterina ser inferior. Após a administração iniciávamos a monitorização CTG para monitorizar o bem-estar fetal, com a parturiente em decúbito lateral esquerdo, durante 2 horas quando se recorria ao Propess e, nos casos de Misoprostol, durante uma hora após a primeira toma e, caso estivesse dentro da normalidade, repetíamos a monitorização em tomas alternadas (ACOG, 2009). Quando a avaliação do índice de Bishop era igual ou superior a 7 o método de indução escolhido era

a administração de ocitocina intravenosa (10 unidades em 1000 ml de glicose 5%) com início de perfusão a 12ml/h por bomba de infusão e a parturiente monitorizada de forma contínua, para monitorização do bem-estar fetal e avaliada a evolução do TP quando considerado necessário, bem como as características do líquido amniótico, a dor e outros fatores de risco como a febre (Winer, 2011; ACOG, 2009).

Contudo a indução do TP não é um procedimento inócuo. De facto a evidência demonstra que há um aumento do risco de hiperestimulação uterina e como consequência verificar-se taquissistolia e/ou hipertonia, o que se pode traduzir num TP mais doloroso, aumentar a necessidade de maior número de intervenções e mesmo comprometer a perfusão sanguínea e consequentemente a oxigenação fetal, pelo que a monitorização com CTG é indispensável (ACOG, 2009; OMS, 2014). A NICE (2008) define taquissistolia como uma disfunção uterina que consiste num aumento das CU, mais de 5 CU em 10 minutos, durante um período de 30 minutos, com ou sem repercussão na FCF. A hipertonia uterina caracteriza-se pelo aumento patológico da atividade miometrial com repercussão na CU como maior amplitude, maior duração, frequência das contrações uterinas e aumento do tónus basal (Machado, 2010).

Ao longo do estágio observámos situações de disfunção hipertónica uterina, no entanto sem consequência na dinâmica cardíaca fetal e como atitude preventiva suspendemos a perfusão de ocitocina, não sendo necessário iniciar tocólise. Caso estivéssemos perante um traçado patológico ou não tranquilizador, de acordo com a prescrição, iniciava-se o protocolo de tocólise, 5mg de Salbutamol em 500ml de soro fisiológico a 150 ml/hora durante o máximo de 5 minutos (Ayres, Santos e Costa, 2011).

A consciencialização foi um foco de enfermagem comum durante a indução do TP (CIPE, 2017). Para tal informávamos a parturiente/casal sobre o plano terapêutico, quais os objetivos, os riscos e benefícios associados ao procedimento, a evolução e os resultados esperados ao longo do internamento, demonstrando sempre disponibilidade para apoiar a parturiente/casal, promover o seu empoderamento e prevenir potenciais complicações.

## **2.2. Período de dilatação - primeiro estadio do TP**

O primeiro estadio do TP, denominado período de dilatação inicia-se com as CU, termina na dilatação completa do colo uterino e subdivide-se em fase latente, fase ativa e fase de transição, de acordo com os centímetros de dilatação do colo uterino (Lowdermeilk e Perry, 2008). De acordo com a NICE (2017) a fase latente é caracterizada pela presença de CU irregulares, pelo início da extinção e dilatação do colo uterino até aos 3 centímetros. A fase ativa é caracterizada pela presença de CU regulares e dilatação do colo uterino até aos

8 centímetros. A fase de transição decorre dos 8 até aos 10 centímetros de dilatação do colo uterino, ou seja, até à dilatação completa.

A primeira fase do período de dilatação, a fase latente, ocorre de forma lenta, nem sempre contínua e pode ter uma duração de 20 horas (Graça, 2010). Estas parturientes quando admitidas eram internadas na sala de expectantes, o que contraria a literatura que defende que o internamento deve ocorrer apenas na fase ativa do TP, com o intuito de diminuir a sua estadia na sala de expectantes, diminuir a necessidade de alívio de dor e diminuir a necessidade de intervenções obstétricas desnecessárias, sem tradução no prognóstico fetal (Porto et al., 2010; Lauzon e Hodnett, 2001). Contudo a duração e progressão do TP estão associadas a diversos fatores, entre eles a paridade. Foi possível observarmos durante o ensino clínico que em nulíparas ocorre primeiro extinção do colo uterino e só depois dilatação e a duração do TP é até 12 horas, no entanto em múltiparas a extinção e dilatação ocorrem em simultâneo e pode durar até 9 horas (Campos, Amaral e Faria, 2014; David e Xavier, 2011; Machado, 2005).

O registo da evolução do TP era efetuado em sistema informático, no SClínico, e em papel no partograma. Este último permite o registo da dilatação e extinção do colo, descida da apresentação, FCF, integridade das membranas e contratilidade uterina, indicadores que permitem avaliar a progressão do TP (Rocha et al., 2009). Este instrumento permite detetar precocemente problemas, eliminar o caráter subjetivo do diagnóstico e facilitar a tomada de decisão, evitar intervenções obstétricas consideradas desnecessárias e de forma geral melhorar o acompanhamento do TP (OMS, 2015). Tínhamos, no entanto, em consideração que a evolução do TP varia de parturiente para parturiente, pelo que o partograma se iniciava o mais próximo possível da fase ativa para, desta forma, evitar intervenções desnecessárias associadas a um TP estacionário, como o aumento da frequência de amniotomias, uso de ocitocina e analgesia (McDonald, 2010; Lavender, Hart e Smyth, 2013).

Quando a dilatação atingia os 3/4 centímetros transferíamos a parturiente para uma das salas de partos. No CHVNG/E existem 3 salas de parto individuais, o que permite uma maior privacidade e intimidade entre o casal e a possibilidade de gerirem a luminosidade e temperatura do quarto. Aproveitávamos este ambiente mais privado para questionar a parturiente/casal sobre quaisquer dúvidas ou medos que pudessem ter e não tivessem referido anteriormente. Questionávamos quais as expectativas relacionadas com o parto e se tinham elaborado um plano de parto e verificamos que a maior parte das parturientes/casais esperavam que fosse realizado o contato pele a pele, que o corte do cordão umbilical fosse realizado por eles e algumas parturientes referiam não querer ser submetidas a epidural ou episiotomia. Procurámos sempre respeitar os desejos da parturiente/casal, desde que o estado clínico o permitisse. Aproveitávamos o momento após o acolhimento para sugerir à parturiente vestir algo mais confortável, nomeadamente uma camisa de noite e tomar um duche, de forma a promover o seu bem-estar.



A presença de pessoa significativa, nomeadamente o companheiro, durante a estadia da parturiente na sala de partos foi incentivada ao longo de todo o ensino clínico. No CHVNG/E a parturiente tem direito a acompanhante 24 horas desde o momento de internamento no blobo de partos até ao momento em que a díade é transferida para o serviço de puerpério, contudo a permanência deste acompanhante observava-se maioritariamente quando a parturiente já se encontrava numa das salas de parto. De acordo com Oliveira et al. (2009) a presença do pai no momento do nascimento reforça o vínculo familiar e permite que este se sinta mais integrado no TP e mais envolvidos no seu papel de pai, mesmo antes do nascimento. Também Backstrom e Wahn (2009) e Sarkadi et al. (2008) defendem que a presença do pai é benéfica pelo apoio emocional e psicológico e redução do recurso à analgesia, o que se traduz numa experiência de TP mais positiva. Incentivámos o companheiro a envolver-se nos cuidados, nomeadamente nas técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como massagens lombares, a auxiliar nos posicionamentos e na promoção do conforto.

É ao longo da gestação que a paternidade se começa a desenvolver e torna-se “real” com o nascimento do filho. Geralmente este momento é caracterizado por sensações positivas de felicidade e tranquilidade, mas também pudemos observar sentimentos de angústia e impotência por observarem a dor e esforço da companheira durante o período expulsivo. Após o nascimento se o estado assim o permitisse encorajávamos o pai a cortar o cordão umbilical, a ver e tocar o RN e desta forma facilitar a ligação precoce pai-filho.

Este estágio decorreu num local que estava em consonância com a realidade portuguesa, em que a grande maioria dos partos é vivido em ambiente hospitalar com rotinas e procedimentos associados às necessidades dos profissionais, o que tornava o TP e parto mais medicalizado (Diniz; 2001; Motta e Crepaldi, 2005). A perda de controlo associada a experiências negativas de internamento pode levar a sentimentos de angústia e stress, o que liberta betaendorfinas e provoca o bloqueio do músculo liso e como resultado diminui as CU, o que pode influenciar a dilatação e consequentemente a progressão do TP (Lock e Gibb, 2003; APEO, 2009).

A monitorização por CTG foi realizada para avaliar o bem-estar materno e fetal, por observação da FCF e CU, com o objetivo principal de diminuir a morbilidade fetal. Esta monitorização foi realizada de forma intermitente ou contínua. Uma meta-análise da Cochrane concluiu que a monitorização intermitente tem benefícios em relação à monitorização contínua, visto que a monitorização contínua não diminui as taxas de mortalidade perinatal e paralisia cerebral e aumenta em 20% o risco de cesariana e de partos instrumentalizados, em mulheres com gestação de baixo risco, pela elevada taxa de resultados falso-positivos que indicam falsamente comprometimento fetal (Alfirevic, Devane e Gyte, 2013). Assim, o uso da monitorização CTG de forma contínua não é recomendado quando realizado por rotina, visto não estarem comprovadas melhorias significativas relativamente ao prognóstico neonatal, impedir a livre deambulação materna

e aumentar a morbidade materna (Chalmers et. al., 2009). Ao longo do estágio seguimos o protocolo do serviço, que preconiza a monitorização intermitente durante a fase latente do TP de baixo risco como recomenda a NICE (2017). Durante a fase latente do TP a monitorização por CTG era realizada durante 30 minutos a cada 2 horas. Contudo quando existia maior risco de hipóxia fetal a monitorização era realizada de forma contínua, como nos casos de febre materna, RCIU, LA meconial, taquissistolia, ou indução de TP com ocitocina (Ayres De Campos, Spong e Chandraharam, 2015). A partir da fase ativa do TP a monitorização por CTG era realizada de forma contínua.

O “avaliar o traçado cardiotocográfico” é uma intervenção autónoma de enfermagem que deriva do diagnóstico “Trabalho de parto” (CIPE, 2017). De acordo com a avaliação este pode ser considerado normal, patológico ou suspeito. Um traçado normal, também denominado como tranquilizador é aquele em que a variabilidade varia entre 5 e 25 batimentos por minuto, a FCF basal varia entre 110 e 160 batimentos por minuto, se verificam 2 acelerações em 50 minutos e não se verificam desacelerações, ou até duas desacelerações em 50 minutos inferiores a 2 minutos. Se pelo menos um destes critérios estiverem ausentes o traçado é considerado suspeito, ou não tranquilizador. O traçado é considerado patológico ou anómalo quando apresenta uma variabilidade inferior a 5 batimentos por minuto por pelo menos 60 minutos, na ausência de fármacos que a alterem, padrões sinusoidais ou pseudosinusoidais, ou se forem verificadas desacelerações prolongadas ou repetitivas, quando estão presentes em mais de 50% do traçado (NICE, 2017; Ayres de Campos, Spong e Chandraharam, 2015). Durante o ensino clínico quando estávamos perante traçados suspeitos ou patológicos informávamos a enfermeira tutora, ou outra pessoa da equipa.

O toque vaginal foi outro procedimento realizado com o intuito de avaliar a progressão do TP, nomeadamente, para verificar o estado das membranas amnióticas, a dilatação, extinção e posição do colo uterino, a progressão do feto pelos planos de Hodge e a sua apresentação, variedade, posição, situação e atitude aquando da rutura das membranas. Ao longo do estágio seguimos o preconizado pelo serviço que vai de encontro com a perspetiva de Campos, Amaral e Faria (2014), que definem que em fase latente do TP o toque vaginal deve ser realizado de 4 em 4 horas e durante a fase ativa de 2 em 2 horas. Contudo, de acordo com Downe et al. (2013) não existe evidência científica que justifique ou contraindique este procedimento no que toca à sua frequência e eficácia. Considera, ainda, que este é desagradável e invasivo para as parturientes e está associado ao aumento do risco de infeção e traumatismo dos tecidos, pelo que devemos considerar qual a justificação para a sua realização (Dixon et al., 2010). Por estas razões, concordamos com Graça (2010) ao defender que o toque vaginal deve ser realizado apenas quando necessário, nomeadamente quando se observam alterações significativas da atividade uterina, em caso de rutura de membranas, em casos de desacelerações variáveis com

diminuição da FCF, ou quando a parturiente referia pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos.

Assim, antes de realizarmos o toque vaginal observávamos o partograma, nomeadamente, as avaliações anteriores e ponderávamos os benefícios e riscos de o realizar. Quando considerávamos necessária a sua realização explicávamos à parturiente em que consistia o exame, o seu objetivo e os riscos associados, sem nunca esquecer de pedir o seu consentimento. Em seguida, pedíamos que adotasse uma posição confortável antes da sua realização. Após o procedimento informávamos a parturiente/casal sobre a progressão do TP.

No início do estágio, a realização do toque foi um dos procedimentos em que sentimos alguma insegurança, por se tratar de um procedimento novo que exige perícia e prática. Todavia, com empenho e treino, associados à orientação da enfermeira tutora e restante equipa, esta dificuldade foi ultrapassada. Ao longo do estágio verificamos que na maioria dos TP os fetos estavam em apresentação cefálica, em vértice e bregmática, contudo a sua posição e variedade diferiam. É esperado, com a progressão do TP, que a cabeça do feto rode no sentido da sínfise púbica até atingir o menor diâmetro possível e desta forma facilitar a sua passagem pelo canal de parto. As variedades anteriores facilitam a progressão do feto pelo canal de parto e variedades posteriores estão associadas a TP mais prolongados, o que tivemos oportunidade de constatar durante o nosso estágio.

Foi de igual forma importante conhecer as características da bacia materna para prever o prognóstico do parto (Zugaib, 2007). Para tal recorria-se ao exame da bacia, nomeadamente à avaliação dos diâmetros e da morfologia pélvica, tendo em conta os estreitos superior, médio e inferior. Existem distintos tipos de bacia, a ginecóide, com melhor prognóstico para o parto vaginal, a antropóide, a andróide e a platipelóide. De acordo com o mesmo autor existem fatores que influenciam o desenvolvimento do corpo e por consequência a formação da pelve, como a raça, a alimentação, a atividade física e as condições socioeconómicas, pelo que conhecer a história da parturiente auxilia no prognóstico do parto. De acordo com Machado (2005) a mobilidade da bacia materna ajuda o feto a acomodar-se e facilita a progressão do TP.

A amniotomia, ou rutura artificial de membranas, foi um dos procedimentos obstétricos que pudemos experienciar e, também, constatar que é um dos mais realizados no quotidiano da obstetrícia, apesar da sua realização gerar controvérsia no que toca à progressão do TP. Este procedimento consiste na utilização de uma pinça de Herff para rutura das membranas amnióticas, com o objetivo de induzir ou encurtar a duração do TP (Cunningham et. al., 2011). Uma revisão sistemática da Cochrane realizada em 2013 defende que a rutura artificial das membranas aumenta a libertação de prostaglandinas e ocitocina, com consequente aumento da intensidade e frequência das CU e acelera a dilatação cervical. Também a OMS (2014) defende, perante um TP prolongado com

ausência de CU regulares, o recurso à amniotomia e administração de ocitocina. Contudo, a sua realização por rotina não é aconselhada na fase ativa do TP, visto que não se verificam diferenças estatisticamente significativas na duração do TP e por este procedimento apresentar alguns riscos como alterações da FCF, aumento do risco de prolapso do cordão umbilical e aumento da taxa de cesariana (Smyth et. al., 2013; NICE, 2017).

Assim, ao longo do estágio realizámos a amniotomia quando presentes os critérios preconizados por Smyth et al. (2013) como o TP em fase ativa, dilatação superior a 5 centímetros, apresentação fetal bem apoiada, com vista a minimizar o risco de prolapso de cordão e na ausência de indícios de sofrimento fetal. Em casos de presença de contraindicações maternas e fetais como gravidez de risco como PPT, gravidez múltipla, hipertensão arterial e diabetes gestacional ou HIV positivo a realização deste procedimento era evitada (OMS, 2015). Sempre que realizámos uma amniotomia, tivemos em conta a explicação prévia do procedimento à parturiente/casal e a obtenção do consentimento informado. Iniciávamos o procedimento pelo exame cervical de forma a verificar os critérios supramencionados. Em seguida, introduzíamos a pinça de Herff entre os dedos e efetuávamos movimentos circulares para romper as membranas. Antes de remover os dedos segurávamos a apresentação e exercíamos ligeira pressão no fundo uterino, de forma a promover a saída de líquido amniótico (LA) e evitar o prolapso do cordão. A monitorização externa da FCF era realizada antes, durante e após o procedimento com o intuito de reforçar a vigilância e prevenir complicações.

Em seguida procedíamos à avaliação das características do LA, como cor, cheiro e quantidade e registo das suas características, bem como da hora e data do procedimento. Na grande maioria dos casos o LA tinha características normais. Houve casos em que o LA apresentava cor esverdeada, o que indicava presença de mecónio. Embora este achado não seja por si só um indicador de perda de bem-estar fetal, visto poder estar associado a oligoâmnios ou compressão do cordão resultante da amniotomia (Castan e Homs, 2013), quando era observada a sua presença comunicávamos à enfermeira tutora, ou a outro membro da equipa, médico ou enfermeira especialista. Procedíamos à monitorização CTG para avaliação do bem-estar fetal, uma vez que, caso não sejam observadas alterações da FCF, a presença de mecónio não se traduz em diferentes resultados a nível perinatal quando comparada com os partos com LA de características normais (Castan e Homs, 2013).

De acordo com as intervenções resultantes de prescrição a antibioticoprofilaxia foi ministrada, com base no protocolo do serviço do CHVNG/E, em casos de rutura de membranas superior a 12 horas, de PPT e de transmissão vertical de *Streptococcus agalactiae* (SGB). O SGB está presente no aparelho digestivo (reto) de um elevado número de adultos são e por localização pode infetar a área perineal e aparelho genital. De acordo com Chaves (2011) são cerca de 15% as grávidas colonizadas por este microorganismo que está associado a coriamnionite, rutura prematura de membranas, PPT,

endometrite pós-parto, morte fetal, baixo peso ao nascer, sépsis bacteriana neonatal precoce (até aos seis dias) e pode causar pneumonia e meningites em RN. A transmissão vertical pode ocorrer in útero durante o TP ou no período expulsivo durante a passagem pelo canal de parto. Assim, quando a parturiente estava colonizada ou quando não havia resultado da cultura e estavam presentes fatores de risco, administrávamos pelo menos duas tomas de penicilina por via intravenosa antes do parto. A primeira dose de 5 milhões de unidades e as seguintes de 2,5 milhões de unidades a cada 4 horas, até ao momento do nascimento, o que vai de encontro com as diretrizes do National Center for Disease Control and Prevention (2010).

A fluidoterapia foi uma intervenção resultante de prescrição realizada com frequência, por cateter venoso periférico, inserido à entrada, para administração de glucose a 125ml/h e também para perfusão de ocitocina e antibioterapia IV, segundo preconizado pelo serviço. Contudo a OMS (2015) defende que a administração de fluidoterapia durante o TP deve ser ponderada, uma vez que pode estar associada a sobrecarga de fluidos, diminuir a mobilidade da parturiente e pelos custos associados. A fluidoterapia justificava-se pela necessidade da parturiente cumprir jejum, caso fosse necessária anestesia geral em cesariana emergente e prevenir a broncoaspiração (Porto, Amorim e Souza, 2010). No entanto, a evidência científica refere que o risco de aspiração diminui com a administração de antiácidos, antagonistas de recetores de H2 e/ou metoclopramida como profilaxia e a anestesia geral é pouco utilizada atualmente (ACOG, 2009). A OMS (2015) defende a importância de ingerir líquidos e alimentos durante o TP, de acordo com os desejos da parturiente. Ao longo da fase latente Campos, Amaral e Faria (2014) aconselham a ingestão apenas de líquidos claros como chá ou água, enquanto Marques (2014), defende que deve ser permitido à parturiente uma dieta ligeira como sopa, saladas, gelatinas, bolachas e líquidos. O mesmo autor considera que durante a fase ativa do TP seja permitido à parturiente a ingestão de chá, sumos, água ou bebidas isotónicas, contudo Campos, Amaral e Faria (2014) defendem o jejum nesta fase.

Durante o ensino clínico incentivámos a ingestão de dieta ligeira como sopa, gelatina, bolachas, entre outros e líquidos, durante a fase latente do TP e durante a fase ativa incentivámos a ingestão de líquidos como água, chá e sumo de fruta sem polpa, o que proporcionou conforto à parturiente (Marques, 2014; ACOG, 2009).

A eliminação urinária foi um foco de atenção de enfermagem comum ao longo do ensino clínico. No início do ensino clínico a algaliação era realizada, segundo protocolo, quando a parturiente tinha sido sujeita a analgesia por via epidural. Contudo, durante este estágio foi implementado novo protocolo de serviço que preconizava a algaliação intermitente de 2 em 2 horas quando a parturiente não conseguisse urinar espontaneamente, após analgesia epidural, pelo risco de infeção associado ao procedimento de algaliação. Nestas situações, implementámos intervenções como incentivar a micção espontânea, avaliar as

caraterísticas da urina, supervisionar o percurso até à casa de banho ou encorajar a micção em decúbito dorsal quando a capacidade de deambulação estava comprometida.

Relativamente à eliminação intestinal este foco de enfermagem também foi frequente durante o ensino clínico. Antigamente a administração de clisters era uma prática comum. Contudo, atualmente esta prática realiza-se apenas quando a parturiente o solicita, uma vez que a evidência científica mais recente refere que a sua prática não diminui o risco de infeção materno-fetal, nem de deiscência da episiotomia/perineorrafia, nem aumenta a satisfação materna (Castan e Homs, 2013).

Outro foco de atenção de enfermagem que identificamos foi “dor de trabalho de parto” definido como uma sensação de dor com crescente frequência e intensidade (CIPE, 2017). Esta dor é de origem multifatorial e está associada a uma componente fisiológica, numa primeira fase do TP, à CU, à distensão do segmento inferior uterino e à dilatação do colo do útero e numa segunda fase à distensão vaginal e do períneo, bem como a uma componente psicológica associada ao medo, stress e ansiedade (Castan e Homs, 2013). Atualmente a analgesia epidural é utilizada como método de alívio de dor no TP. Embora a grande maioria das parturientes a quem prestámos cuidados solicitassem analgesia por via epidural, tivemos oportunidade de prestar cuidados a parturientes que recusaram métodos farmacológicos, por referirem querer experienciar o TP e parto em pleno, de uma forma natural.

Outras situações houve em que a analgesia epidural estava contraindicada ou não disponível em determinada situação. A nossa atuação foi desenvolver intervenções no sentido de proporcionar à parturiente diferentes alternativas para que esta vivenciasse de forma positiva a experiência do parto, informar sobre quais os diferentes métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e sobre quais os benefícios e riscos associados a cada um deles, como preconizado pela OMS (2012), para que a parturiente possa tomar decisões conscientes. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, mais utilizados, foram: a massagem, os exercícios respiratórios, a bola de pilates e os banhos quentes.

Sempre que a opção da parturiente fosse por métodos farmacológicos, a analgesia epidural era a opção dada a todas as parturientes e se optassem por esta, contactávamos o anestesista, preparávamos o material e ajudávamos no posicionamento. Durante o procedimento colaborávamos com a equipa e desenvolvíamos intervenções no domínio do ajudar, informar, explicar e orientar, de forma a incentivar o autocontrolo durante a CU. A analgesia por via epidural é um método eficaz de alívio de dor durante o TP (Pereira et al., 2014; Anin-Somuah, Smith e Howel, 2011). Contudo este tipo de analgesia acarreta alguns efeitos secundários como náuseas, vômitos, prurido, tremores intensos, aumento da temperatura, perda ou diminuição da função motora e sensitiva, retenção urinária, hipotensão materna e alterações da FCF, pelo que realizamos a monitorização do bem-

estar fetal com recurso a cardiocotografia e monitorização da TA de 5 em 5 minutos durante os primeiros 15 minutos após a colocação do cateter epidural (NICE, 2017).

A liberdade de movimentos foi uma opção para as parturientes que recusaram a analgesia epidural, nos casos de membranas íntegras. A literatura revela que a deambulação, ou a adoção de outras posições verticais auxiliam a descida da apresentação fetal e o encravamento, por ação da gravidade, diminuem o risco de compressão da veia cava inferior, promovem CU mais eficazes e diminuem a duração do TP (The Royal College of Midwives, 2012). Esta perspetiva foi também defendida por Mamede et al. (2007), de que as parturientes que deambulam durante as primeiras 3 horas da fase ativa do TP reduziram uma média de 22 minutos na primeira hora da fase ativa, 10 minutos na segunda e 6 minutos na terceira. Pelo que as incentivávamos a deambular, realizar exercícios de básculas com a bola de pilates ou mesmo a dançar. A OMS (2015) também recomenda a deambulação e adoção de posições verticais durante a fase latente em parturientes de baixo risco, pela diminuição da duração do primeiro estadio do TP em nulíparas e pela diminuição da taxa de cesarianas.

Embora tenhamos feito o possível para facilitar a progressão do TP, observamos casos em que os mecanismos e a dinâmica do TP sofreram alterações, nomeadamente, o TP estacionários, isto é, TP que não progrediu como o esperado para a fase seguinte do TP. Como revela a literatura: na fase latente com uma duração superior a 20 horas em primíparas e a 14 horas em múltiparas; na fase ativa, com a ausência de alterações do colo do útero, num intervalo superior a 4 horas antes dos 6 centímetros de dilatação ou 2 horas depois dos 6 centímetros de dilatação; e no período expulsivo se a duração for superior a 2 horas em primíparas e a 1 hora em múltiparas e, nos casos em que a parturiente recorra a analgesia epidural, a duração ser superior a 3 horas em primíparas e 2 horas em múltiparas (DGS, 2015).

São fatores que potenciam o risco de TP estacionário: as condições fetais (apresentação ou posição fetal), pelve materna inadequada ou anormalidade dos tecidos moles que impeçam a normal descida da apresentação fetal, apesar da dinâmica uterina (natureza mecânica), ou verificar-se disfunção da contratilidade uterina (natureza dinâmica). O TP estacionário é mais comum em nulíparas e está associado a maior morbidade e mortalidade materna e perinatal (OMS, 2015). Assim que identificada a causa do TP estacionário, este era diagnosticado e a parturiente preparada para cesariana.

Ao longo do ensino clínico cuidamos parturientes com temperatura superior a 38°C, considerada febre intraparto. Esta pode ser de origem infecciosa ou não infecciosa, a mais frequente. Segundo Diz (2014), são fatores de risco da febre intraparto a analgesia epidural, nuliparidade, TP superior a 12 horas, RN com peso elevado e aumento da produção de calor endógeno consequente das CU e dos esforços expulsivos. O mesmo autor refere que os RN de parturientes com febre intraparto podem apresentar aumento do risco

de hipotonia, índice de Apgar mais baixo ao 1º e 5º minuto, convulsões e encefalopatia. A presença de febre intraparto pode influenciar a progressão do TP pela sua ação sobre a dinâmica da contratilidade uterina e, por consequência, o aumento da duração do TP, número de partos instrumentalizados e taxa de cesarianas. Esta também tem influência na FCF observando-se um aumento da mesma, pelo que quando na prática observávamos taquicardia fetal, um dos procedimentos era monitorizar a temperatura materna de forma a descartar a presença de febre intraparto. Quando estávamos perante um caso de febre intraparto desenvolvemos intervenções autónomas no sentido de vigiar, monitorizar e controlar a temperatura materna, com técnicas de arrefecimento e intervenções resultantes de prescrição, pela administração de paracetamol 1000 mg intravenoso.

### **2.3. Período expulsivo - segundo estadio do TP**

Poderíamos dizer que este período foi o mais fascinante ao longo da nossa aprendizagem, mas também aquele que ao longo de todo o estágio, nos provocou maior grau de ansiedade e preocupações. Pois, foi nesses momentos que sentimos, de uma forma mais intensa, a responsabilidade do que significava ajudar a ser a mãe!

O período expulsivo inicia-se quando a dilatação e extinção do colo uterino está completa e termina com a expulsão do feto (Nené et al., 2016). A duração do período expulsivo depende da paridade e do recurso a analgesia por via epidural. De acordo com a NICE (2017) o período expulsivo em primíparas com analgesia epidural é de 4 horas e 3 horas sem analgesia e em múltiparas com analgesia epidural é de 2 horas e 1 hora sem analgesia. Contudo outros fatores podem influenciar a sua duração como a eficácia da CU, a posição, a paridade, a quantidade e tipo de analgesia, a condição física e emocional da parturiente, a apresentação, situação e tamanho fetal, pelo que um atraso neste período não deve ser sobrevalorizado desde que exista evolução do TP, o CTG esteja dentro da normalidade e a parturiente hidratada e confortável (ACOG, 2009; Lowdermilk Perry, 2008).

Durante este estadio, a contratilidade uterina é mais intensa (60/70 mmHg), com maior frequência (a cada 2/3 minutos) e mais rítmica. Devido à pressão exercida pelo feto sobre o músculo elevador do ânus surge na parturiente vontade involuntária de puxar, a qual se denomina reflexo de Fergunson (Montenegro e Rezende, 2014; Castan e Homs, 2013). O período expulsivo pode ainda ser dividido em duas fases: a primeira fase é considerada passiva, em que existe dilatação completa do colo uterino na ausência de CU expulsivas involuntárias e a segunda fase, a fase ativa, caracterizada pela dilatação completa do colo uterino, a observação do feto e CU expulsivas involuntárias ou puxos maternos, na ausência destas (NICE, 2017).



No que toca aos esforços expulsivos, ou puxos maternos, estes podem ser iniciados quando o colo uterino chega à dilatação completa ao incentivar a parturiente a começar a realizá-los ou esperar de forma passiva pela descida da apresentação, até ser observado o reflexo de Ferguson, permitindo à parturiente seguir o seu instinto. Assim, podemos concluir que existem dois tipos de esforços expulsivos, o puxo espontâneo, em expiração ou com a glote aberta e o puxo dirigido, em inspiração ou com glote fechada, denominado manobra de Valsalva (Castan e Homs, 2013). Esta manobra consiste em inspirar profundamente, encher o pulmão de ar, encostar o queixo ao peito e sustentar o ar ao mesmo tempo que “puxa” com a glote fechada (APEO, 2009). Contudo a evidência científica demonstra não haver benefícios que apoiem o recurso ao puxo dirigido pelo que este, atualmente, está desaconselhado. Os estudos realizados por Cooke (2010) apontam para uma associação entre esta técnica e um compromisso fetal, devido à diminuição da TA materna e oxigenação do sangue materno. Outro estudo realizado por Prins et al. (2011), comparou mulheres que utilizaram manobra Valsalva e mulheres que “puxaram” sem utilizar a manobra, e concluiu que a sua realização não apresenta benefícios que justifiquem a sua realização. De acordo com Yildirim e Beji (2008) os esforços expulsivos espontâneos estão associados a uma duração do período expulsivo menor e a melhores índices de Apgar do RN, pH do sangue do cordão mais elevado e maior nível de O<sub>2</sub>. Atualmente a evidência científica recomenda o incentivo ao puxo espontâneo, ou livre, pela parturiente, da forma que lhe for mais conveniente, por resultar na diminuição da fadiga, promoção do autocontrolo e esforços expulsivos mais eficientes, e, por consequência, menores taxas de cesarianas e partos instrumentados (Kelly et al., 2010). Assim, durante o ensino clínico incentivamos a parturientes a “sentir o próprio corpo”, informando e orientando sobre os benefícios e desvantagens dos diferentes tipos de esforços expulsivos, e, desta forma, contribuir para o empoderamento da parturiente (Borders et al., 2013).

Relativamente à posição adotada durante o parto, embora o protocolo obstétrico preconize a posição de lipotimia ou ginecológica, assistimos a parturiente a adotar a posição que lhe fosse mais confortável, visto serem várias as posições que podem ser adotadas durante o período expulsivo, uma vez que os ângulos entre o feto e a bacia mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto no canal de parto. De acordo com Calais e Vives-Parés (2009) a posição de litotomia apresenta como vantagens a redução do risco de hemorragia, facilita a monitorização contínua, é compatível com a analgesia epidural e pode ser a mais confortável para o profissional. Como desvantagens pode aumentar a taxa de episiotomias, aumentar a taxa de partos instrumentalizados e ter menor liberdade de movimentos para a parturiente. A posição de decúbito lateral, ou Sims, tem como vantagens proteger o períneo, prevenir a síndrome de hipotensão supina, aumentar a eficácia das CU e ser compatível com a analgesia epidural, não apresentando desvantagens. A posição de sentada ou semi-sentada tem como vantagens aumentar a eficácia e direção das CU, proporcionar maior bem-estar e autonomia para a parturiente,

aliviar a dor na região lombar e ser compatível com a analgesia epidural, também sem se observarem desvantagens. As posições verticais (cócoras ou em pé) apresentam como vantagens a redução da duração do período expulsivo, redução da taxa de episiotomias e partos instrumentados, redução dos padrões anómalos da FCF, menor necessidade de ocitocina e diminuição da dor, e apresenta como desvantagens aumentar a incidência de lacerações de 2º grau, de hemorragia pós parto (> 500ml) e poder ser difícil de manter durante o parto (recorrer ao banco de parto). E, por fim, a posição de quatro apoios que apresenta como vantagens aliviar a dor na região lombar, proporcionar maior conforto para a parturiente, proporcionar maior elasticidade ao períneo, favorecer a descida fetal, reduzir a dor perineal no pós-parto e verificar-se uma percepção de um parto mais curto, não sendo observadas desvantagens.

Como já referimos, incentivamos a mulher a parir na posição que mais lhe agradasse. Porém, durante o estágio assistimos a partos, na maioria, na posição de lipotimia (decúbito dorsal) ou semi-sentados. A posição de lipotimia, embora seja a que implica menor liberdade de movimentos, pelo apoio da região sagrada e consequente dificuldade na retroversão da articulação sacrococcígea, foi a mais utilizada, muito devido à diminuição da força e sensibilidade dos membros inferiores resultante da analgesia por via epidural.

Como preparação para o período expulsivo procedíamos à limpeza e antissepsia dos genitais externos com água corrente, em vez de uma solução antisséptica, uma vez que a transmissão de infeção não diminui com o uso de solução antisséptica (Castan e Homs, 2013). Também procedíamos à preparação do material, nomeadamente o kit de parto, segundo as normas assépticas. De seguida procedíamos à higienização das mãos, colocávamos a máscara e a touca e vestíamos o equipamento individual esterilizado, composto por bata e luvas.

Ao longo do período expulsivo, até ao momento da exteriorização da cabeça fetal, a monitorização das CU e FCF, através da monitorização CTG era mantida, para despiste de sinais de sofrimento (NICE, 2017). Durante o parto estiveram sempre presentes dois EESMO: um responsável pelo parto e outro responsável pelos cuidados imediatos ao RN, conforme preconizado pelo serviço. Contudo, tivemos sempre a preocupação por manter intimidade da parturiente, promover e manter uma relação de confiança, no sentido de respeitar a literatura, partindo das orientações que uma assistência humanizada do parto, que respeite a fisiologia e privacidade da parturiente/casal, pode obter resultados maternos e fetais favoráveis, como facilitar a evolução fisiológica do mesmo e promover o aumento da taxa de partos eutócicos, sem recurso a epidural, ocitocina e episiotomia (Castán et al., 2009). Esforçámo-nos, igualmente, por minimizar o mais possível a entrada e saída de pessoas da sala de parto, pois esta demonstrou ser um fator dificultador da progressão fisiológica do TP, o que nos levou à necessidade de refletir sobre esta prática.

A episiotomia, incisão no períneo da parturiente, era realizada com o consentimento da mesma, quando, no momento do coroamento, as condições do períneo demonstravam ser um obstáculo para a progressão do TP. Durante o estágio realizamos episiotomia médiolateral esquerda, com início na fúrcula vaginal, ângulo com o eixo vertical de entre 45 e 60 graus, uma vez que embora apresente maior perda sanguínea, maior dor no pós-parto e cicatrização mais difícil, quando comparada com a episiotomia mediana, tem menor incidência de lesões do esfíncter anal (Carvalho, Souza e Filho, 2010). Atualmente defende-se o uso da episiotomia de forma seletiva, uma vez que a sua prática rotineira está associada ao aumento da dor puerperal, da perda sanguínea, do risco de infecção e do aparecimento de lacerações de 3º e 4º grau ou de lacerações de 2º grau nos partos sucessivos (Carroli e Mignini, 2009). Por estas razões a OMS (2015) recomenda que a episiotomia seja realizada apenas em casos de sofrimento fetal, parto distócico, apresentação pélvica, macrosomia e laceração perineal grave iminente. A avaliação da necessidade de realizar este procedimento e a execução do mesmo demonstrou ser para nós um grande desafio. Este constituiu a maior dificuldade sentida a ultrapassar, ao longo do estágio. Porém, com empenho e com a orientação da tutora, esta dificuldade foi superada com sucesso e na reta final conseguimos superar de forma a demonstrar autonomia e confiança na sua execução.

Como resultado dos esforços expulsivos eficazes dava-se a saída da cabeça fetal assistida pelo EESMO com movimentos suaves e recurso à manobra de Ritgen modificada de forma a diminuir o diâmetro biparietal e evitar a deflexão súbita da cabeça fetal e assim proteger o períneo (MSSSI, 2014). Assim que ocorria a saída da cabeça fetal era pedido à parturiente que cessasse os esforços expulsivos. Era pesquisada a existência de circulares cervicais do cordão umbilical, antes da exteriorização dos ombros. Caso estivéssemos perante uma circular larga à volta do pescoço, passávamos o cordão umbilical sobre a cabeça ou para trás dos ombros e procedíamos com as restantes manobras do parto. Embora não tenhamos vivenciado nenhum caso de circular apertada, o procedimento a realizar nestes casos passa pela laqueação e secção do mesmo, procedendo depois ao restante TP. Após a pesquisa de circular amparávamos a cabeça fetal, auxiliávamos a rotação externa e quando completada procedíamos à libertação do ombro anterior e em seguida o posterior e restante corpo, enquanto realizávamos a proteção do períneo com a mão direita.

Ao longo do estágio, presenciámos alguns casos de distocias de ombros. Esta é considerada uma emergência obstétrica pelas possíveis complicações maternas e neonatais. São fatores de risco para a distocia de ombros a macrosomia fetal, a diabetes gestacional, o parto instrumentado e história anterior de distocia de ombros, contudo a grande maioria ocorre sem fatores de risco associados (Marques e Reynold, 2011). Assim ao longo do estágio estivemos despertos para os sinais de distócia de ombros, nomeadamente o sinal de tartaruga, que consiste na retração da cabeça fetal, após exteriorização, sobre o períneo

materno e ausência de rotação interna do diâmetro biacromial. Para a resolução dos casos de distocias de ombros que presenciamos foi necessário recorrer às duas primeiras manobras de atuação, a manobra de McRoberts, que consiste na hiperflexão das coxas sobre o abdômen, com vista a diminuir a curvatura lombo-sagrada e facilitar a rotação do feto, realizada por outros dois profissionais e a manobra de Rubin I, que consiste na realização, por um dos ajudantes ou por um quarto profissional, de pressão supra-púbica. O que vai de encontro ao referido anteriormente sobre a importância da presença de mais profissionais do que o que está a auxiliar no parto. Caso as manobras supracitadas não resolvessem a distocia de ombros seria necessário recorrer à extensão da episiotomia e às manobras de rotação interna, nomeadamente a manobra de rotação de Woods, a manobra Rubin II e a manobra de Woods inversa, com o objetivo de realizar rotação do diâmetro biacromial fetal para a posição oblíqua, relativamente à pelve materna (Marques e Reynold, 2011). De acordo com os mesmos autores existem complicações associadas a esta emergência obstétrica, que podem ocorrer mesmo quando as manobras são realizadas corretamente, como, do foro materno, a hemorragia pós-parto resultante de rutura uterina e lesões do canal de parto e, do foro fetal, a lesão do plexo braquial e fraturas do úmero e clavículas.

Após o nascimento verificávamos a hora para registo e felicitávamos a parturiente/casal. Em seguida eram realizados os cuidados imediatos ao RN que consistiam na secagem com panos limpos, secos e previamente aquecidos para prevenir a perda de calor. Procedíamos à estimulação tátil do dorso de forma a promover a correta mobilização de secreções e com recurso a compressas limpas removíamos as restantes secreções presentes na cavidade oral do RN de forma a permitir a permeabilização das vias aéreas (Hockenberry e Wilson, 2014). O exame inicial e avaliação do RN era realizado aquando o nascimento, nomeadamente a avaliação da adaptação fisiológica do RN à vida extra-uterina, mediante o índice de Apgar, com base no tônus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios, frequência cardíaca e cor, no 1º, 5º e 10º minutos após o nascimento. Este método de avaliação é segundo Lupton (2014) um bom preditor da necessidade de cuidados imediatos ao RN. Se o índice de Apgar ao 1º minuto fosse inferior a 7 realizávamos a clampagem precoce do cordão e transferíamos o RN para uma incubadora aberta para avaliarmos e estabilizarmos o RN e contactávamos o neonatologista/pediatra (OMS, 2014). De acordo com a American Heart Association (2015) apenas 10% dos RN necessitam de assistência para iniciar a respiração e menos de 1% necessitam ressuscitação cardiopulmonar avançada, pelo que sempre que possível e se a parturiente assim o desejasse era incentivado o contato pele a pele.

Procuramos no decorrer do estágio ir de encontro ao preconizado pela NICE (2014) ao recomendar para não deixar que práticas rotineiras interfiram na relação entre mãe e RN, pelo que os procedimentos não urgentes como a administração de profilaxias, a colocação de pulseira de identificação e a antropometria foram adiados. Relativamente à avaliação

antropométrica, na sala de partos procedíamos apenas à medição e registo do peso ao nascer, sendo que a medição do comprimento e perímetro cefálico eram realizados posteriormente já no internamento. Na sala de partos procedíamos também à administração 1mg de Vitamina K, por via intramuscular, nas primeiras duas a quatro horas após o nascimento de forma a evitar o risco de doença hemorrágica do RN e a profilaxia ocular, com recurso à tetraciclina oftálmica 1% em modo pomada (FAME, 2008).

#### **2.4. Dequitação - terceiro estadio do TP**

O terceiro estadio do TP ocorre desde o momento do nascimento do RN até à completa expulsão da placenta e suas membranas e denomina-se dequitação. Este é o momento em que, se tudo estiver a correr dentro da normalidade, a tríade começa a conhecer-se e as intervenções realizadas nesta fase têm um efeito a longo prazo sobre a relação entre a tríade e sobre a amamentação (Jennings, 2012). Pelo que atuámos promovendo a intimidade familiar, sem descuidar a vigilância de possíveis complicações deste período, como a retenção placentar, a hemorragia pós-parto e a inversão uterina, causas de morbilidade e mortalidade materna.

Sempre que a situação clínica assim o permitisse aguardávamos pelo cordão umbilical deixar de pulsar para o laquear e questionávamos se a pessoa significativa ou a parturiente desejavam realizar o corte do cordão como preconizado pela OMS (2014). De acordo com a OMS (2013) estudos demonstram que a laqueação do cordão umbilical deve ser realizada três minutos após o nascimento ou quando este deixar de pulsar, visto promover a passagem contínua de sangue da placenta para o RN, favorecer o aumento das reservas de ferro até 50%, até aos seis meses de idade nos RNs de termo, diminuir o risco de anemia, diminuir o risco de hemorragia intraventricular, reduzir a incidência de enterocolite necrosante e diminuir a incidência de sépsis neonatal, pelo que sempre que possível procurávamos respeitar estes tempos.

O contato pele a pele imediato com o RN era incentivado se a situação assim o permitisse e se fosse o desejo da parturiente, visto que este tem benefícios fisiológicos e psicossociais para a díade e a formação da sua ligação (Matos et al., 2010).

Após o nascimento o RN encontra-se numa fase de alerta e disponibilidade para o mundo, durante aproximadamente 40 a 60 minutos, essencial para o reconhecimento, exploração do corpo da mãe e interação com os pais, que deve ser promovida pelo EESMO (Matos et al., 2010; Moore et al., 2016). De acordo com Moore et al. (2012), quando realizado o contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento verifica-se um maior sucesso na adaptação à amamentação, quando comparados a RN enrolados em cobertores e colocados ao lado da mãe.

Ao longo do estágio a atitude adotada durante o período do TP foi a expectante, que implica aguardar o deslocamento da placenta durante 30 minutos, como protocolado pelo serviço. Pois, após os 30 minutos podemos estar perante uma retenção placentar. Quando confirmado o descolamento, mediante sinal de Kustner positivo, realizávamos tração controlada do cordão umbilical, para auxiliar a expulsão da placenta, verificávamos qual o mecanismo de dequitação, Shutzle, presente em 75% dos casos, por norma placentas de inserção fúndica e caracterizado por exteriorizar primeiro a face fetal da placenta e posteriormente a saída do hematoma retroplacentário. Duncan, presente em 25% dos casos, por norma placentas de inserção lateral, caracterizado pela saída do hematoma retroplacentário e da placenta face materna. Em seguida, realizávamos a manobra de Dublin, que consiste na rotação contínua da placenta de forma a evitar a fragmentação de membranas, visto que a retenção de restos placentares, promove quadros hemorrágicos e favorece o desenvolvimento da infecção puerperal (Araújo e Reis, 2012).

Após dar-se a dequitação realizávamos a avaliação da placenta, nomeadamente a sua integridade, forma, a reconstrução da câmara amniótica, a presença dos dois folhetos (córion e âmnios), o local de inserção do cordão umbilical, a reconstrução dos cotilédones na face materna e observávamos o cordão umbilical, o seu tamanho, a presença de nós verdadeiros ou falsos e o número de vasos presentes no cordão (uma veia e duas artérias). Durante o percurso de estágio observámos um caso de presença de cotilédones aberrantes e dois casos de placentas com calcificações significativas pertencentes a mães fumadoras e fetos com RCIU.

A principal complicação neste estadio do TP é a hemorragia pós-parto que se caracteriza pela perda sanguínea igual ou superior a 500ml nas primeiras 24 horas após o parto. Esta pode estar associada a uma série de fatores como a atonia uterina, causa mais frequente, a rutura ou inversão uterina, a placenta acreta, a retenção de fragmentos de placenta, a presença de lacerações do canal de parto e perturbações da coagulação (OMS, 2012). Por esta razão vigiávamos o tônus uterino, mediante palpação abdominal e verificávamos a presença do globo de segurança de Pinard, intervenções associadas ao diagnóstico “risco de hemorragia”.

A abordagem à gestão do terceiro período do TP pode ser realizada de forma passiva ou ativa, de acordo com o executado pelo profissional de saúde. A abordagem passiva caracteriza-se por uma atitude expectante relativamente ao descolamento da placenta que ocorre de forma espontânea com o esforço materno e ação da ocitocina endógena libertada durante o período expulsivo e resultante da amamentação, sem ser necessário recorrer a intervenções farmacológicas ou mecânicas como a clampagem do cordão antes de este parar de pulsar e administrar uterotómicos (FIGO, 2012; Afshari et al., 2014). A abordagem ativa inclui a administração de uterotómicos, normalmente a ocitocina, a clampagem do cordão e a sua tração controlada, com o objetivo de diminuir o risco de hemorragia pós-parto. De acordo com a OMS (2013) a massagem uterina é uma intervenção

que não está recomendada em mulheres submetidas à administração de ocitocina, embora em caso de hemorragia pós-parto deva ser sempre realizada.

Durante a prática clínica, desde que a situação o permitisse, a clampagem do cordão umbilical era realizada após colocar o RN no abdômen materno. Caso necessário, antes da exteriorização da placenta realizávamos a colheita de sangue do cordão umbilical, segundo os protocolos de incompatibilidade Rh ou ABO, ou nos casos de colheita de células estaminais.

## **2.5. Hemóstase - quarto estadio do TP**

O quarto estadio do TP, período de hemóstase, tem início após a expulsão da placenta e caracteriza-se pela laqueação dos vasos uterinos, desencadeada pela CU, que constituem o primeiro método de prevenção da hemorragia pós-parto. Esta laqueação é dada pela formação de trombos nos vasos uteroplacentários e consequente hematoma na região da ferida placentar (Araújo e Reis, 2012).

Como referido anteriormente, a perda sanguínea aumentada pode advir de uma atonia, mas também de lacerações do canal de parto. Por esta razão quando se observava uma perda sanguínea exagerada, após excluída atonia, era realizada limpeza com compressas esterilizadas da região perineal e inspecionado o canal de parto, com vista a avaliar a presença de lacerações quer no canal de parto quer no colo uterino. Após inspeção procedíamos à preparação do material para correção de episiotomia ou lacerações perineais de 1º e 2º grau, se necessário. Apesar de não ter ocorrido nos partos que realizámos qualquer laceração perineal grave, de 3º e 4º grau, que implicam lesão do esfíncter anal constatamos que sempre que se verificasse a presença de lacerações perineais graves, estas eram corrigidas pelo médico obstetra.

Para proceder à episiorrafia/perineorrafia identificávamos os planos afetados e iniciávamos a sutura um centímetro acima do apex da lesão, realizávamos sutura contínua ou contínua cruzada (quando presente maior hemorragia) da mucosa vaginal, sutura contínua ou pontos isolados na camada muscular e pontos Donatti ou sutura intradérmica, no encerramento da pele. Ao longo do estágio, uma vez que nem todas as EESMO realizavam a sutura intradérmica, apenas foi possível realizar sutura intradérmica no encerramento da pele em duas ocasiões, por estarmos a fazer turno com EESMO que realizavam esta técnica de sutura. Este tipo de sutura, de acordo com Campos (2014), está associada a menores níveis de dor nos primeiros dias pós-parto, menor número de deiscências da ferida, maior satisfação da puérpera com a sutura e redução do fio de sutura utilizado. De acordo com Almeida e Riesco (2008) tanto a sutura contínua como a com pontos separados são seguras para a reparação perineal e cicatrização local. Contudo,

as parturientes sujeitas a sutura contínua revelaram menor dor à palpação do períneo quatro dias após o parto, menor desconforto ao sentar, ao andar, ao urinar e ao evacuar. Quando concluída a episiorrafia/perineorrafia realizávamos os cuidados perineais e palpávamos o fundo uterino para verificar a presença do globo de segurança de Pinard. Era comum verificarmos edema na região perineal pelo que recorriamos à aplicação de frio. Caso não fossem observadas complicações, após duas horas, a parturiente e RN eram transferidos para o serviço de puerpério acompanhados pelo EESMO e pela pessoa significativa.

Promover o conforto da parturiente e incentivar a amamentação na primeira hora de vida, com o objetivo de favorecer a ligação mãe-filho, reduzir a mortalidade e morbidade neonatal e aumentar a duração da amamentação constituiu, também, uma preocupação ao longo do estágio (Boccolini, et al., 2013).

Ao longo do estágio identificámos focos de atenção, estabelecemos diagnósticos de enfermagem, determinamos e realizamos intervenções autónomas e interdependentes, desde a fase latente até ao quarto período do TP, momento em que a parturiente e RN, caso tudo estivesse dentro dos parâmetros normais, eram transferidos para o serviço de puerpério. Ao longo de todo o ensino clínico foi apanágio da nossa forma de estar e agir delinear intervenções que fossem de encontro às evidências científicas mais recentes e às expectativas e necessidades de cada parturiente/casal e prestar cuidados de qualidade de forma a fazer face às necessidades de apoio e orientação durante todo o TP (Castan e Homs, 2013).

Seguidamente faremos uma abordagem demonstrativa como, enquanto EESMOS, podemos desenvolver as práticas baseadas na evidência, produzir e sermos consumidores dos resultados de investigação, com recurso à metodologia da Revisão Integrativa da Literatura.

## **2.6. Revisão Integrativa da Literatura: A episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves: que pertinência.**

### **2.6.1. Contextualização do problema**

A episiotomia é um procedimento obstétrico realizado com frequência durante o período expulsivo do TP, com o objetivo de aumentar o espaço do canal de parto (Pérez et al., 2014). Todavia a evidência científica defende que a episiotomia não é um procedimento inócuo e acarreta alguns riscos como lacerações perineais graves por extensão da episiotomia, prolapso vaginal, assimetria do intróito vaginal, fístula reto-vaginal, perdas



hemáticas, infecção, deiscência, dispareunia, dor e edema (Lowdermilk e Perry, 2008; Carroli e Mignini, 2009). Ao constatar esta realidade, durante o percurso formativo, surgiu a necessidade de investigar se a tomada de decisão relativa à realização deste procedimento é justificada, ou seja, baseada na evidência. Assim, problematizar esta temática, teve como finalidade contribuir para o processo de tomada de decisão ao longo das nossas práticas em cuidados especializados e definir as intervenções mais adequadas, de acordo com a evidência científica.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é utilizada como uma ferramenta para atuar da forma mais adequada, de acordo com a melhor evidência, utilizando os resultados obtidos na pesquisa e assegurando a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Desta forma, recorrer à revisão integrativa de literatura (RIL), que nos permite obter uma síntese dos resultados das pesquisas acerca das diferentes temáticas, facilita as alterações na prática quotidiana.

Assim, os objectivos deste estudo são problematizar a pertinência da realização da episiotomia como uma estratégia de prevenção de lacerações perineais graves, compreender os motivos que justificam a opção dos profissionais para realizar a episiotomia e, conseqüentemente, adquirir competências na área da investigação para dar resposta à contínua necessidade de mobilizar conhecimentos suportados na mais recente evidência científica.

Para dar respostas aos objetivos a nossa opção metodológica foi a RIL, por ser uma metodologia que nos permite realizar o estudo em tempo útil, de forma a dar resposta para as nossas inquietações e no sentido de podermos desenvolver as nossas intervenções com base na PBE. Também porque a RIL permite fazer uma síntese do conhecimento existente, através da análise de estudos relevantes existentes que suportam a tomada de decisão e porque permite, ainda, identificar lacunas de conhecimento que necessita mais investigação e inferir conclusões gerais após a síntese de vários estudos (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Esta compreende algumas etapas ou fases. Na primeira etapa para a realização da RIL foi identificado o tema e a questão de pesquisa com relevância para a saúde e enfermagem, foram determinados os objetivos e formuladas as questões ou hipóteses. Esta é a fase mais importante da revisão pois determinou que estudos são incluídos, o método para a sua identificação e as informações retiradas de cada um deles (Broome, 2006 cit. por Botelho et al. 2011; Souza, Silva e Carvalho, 2010). Na segunda fase foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos e foi da responsabilidade do revisor avaliar criticamente os estudos selecionados para determinar se eram metodologicamente válidos (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Botelho et al. 2011). Na terceira fase os estudos foram selecionados de acordo com a leitura do título, resumo e palavras-chave, texto íntegro e adequação à pesquisa (Botelho et al., 2011). A quarta fase teve como objetivo analisar os

estudos previamente encontrados, sintetizar a informação e apresentá-la de forma concisa e clara (Botelho et al., 2011). Na quinta etapa são interpretados os resultados, identificadas as conclusões e implicações para as práticas que resultam da RIL. Esta análise foi crítica e procurou explicações para os resultados dos diferentes estudos. A identificação de lacunas permite que se sugira futuras pesquisas com o intuito de melhorar os cuidados de enfermagem (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010; Botelho et al., 2011). Na sexta fase realiza-se uma revisão/síntese do conhecimento, que consiste na realização de um documento que contempla a descrição das etapas e os principais resultados da análise dos estudos incluídos (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010; Botelho et al. 2011).

Tendo constatado que a episiotomia, incisão realizada no períneo posterior, preferencialmente em movimento único e sob efeito de analgesia local ou epidural, é o procedimento obstétrico mais realizado em parturientes. Esta para além de ser realizada com o objetivo de aumentar o espaço do canal de parto, como supramencionado, é, também realizada para prevenir lacerações perineais espontâneas graves, diminuir a duração do segundo estágio do TP e reduzir o risco de disfunção do assoalho pélvico, como dor perineal, dispareunia e incontinência urinária e fecal (Pérez et al., 2014; Macleod et al., 2013; Steiner et al., 2012).

De acordo com Zafran e Salim (2012), a episiotomia passou a ser realizada de forma rotineira com o objetivo de diminuir a incidência de lesões do esfíncter anal, ou seja lacerações de 3º e 4º grau. No entanto, de acordo com a evidência científica mais atual, a realização de episiotomia no parto não traz benefícios na prevenção de dano ao assoalho pélvico, nem na prevenção da incontinência urinária e fecal, mas sim o aumento do risco de ocorrer lacerações perineais graves e dispareunia, bem como a probabilidade de necessitar episiotomia no parto seguinte (Lurie et al., 2013; Zafran e Salim, 2012; Wu et al., 2013).

Nesta perspetiva, entendemos que os benefícios e os riscos da episiotomia devem ser cuidadosamente avaliados, uma vez que a episiotomia não é um procedimento inócuo. Esta parece trazer benefícios nos casos de distocia de ombros, partos vaginais distócicos, apresentação occipital posterior, suspeita de macrosomia e sofrimento fetal, mas a sua utilização tem como possíveis consequências negativas a extensão da episiotomia com consequente lesão do esfíncter anal, resultados anatómicos insatisfatórios, aumento da perda sanguínea, aumento da dor pós-parto, maior recurso à analgesia, maior risco de deiscência, edema, infeção, incontinência de flatos e fecal, aumento do risco de lacerações perineais nos partos seguintes e não tem impacto na morbidade e mortalidade neonatal (Lima et al., 2013; Steiner et al., 2012; Macleod et al., 2013). Contudo, segundo a ACOG, a prática da episiotomia não está associado à redução significativa do risco de lacerações perineais graves, distocia de ombros e trauma neonatal.

Assim, atualmente defende-se a realização seletiva da episiotomia em vez de rotineira, pela diminuição do trauma perineal e consequentemente da morbidade materna (Carroli e Mignini, 2009). Segundo Pérez et al. (2014), a prática seletiva da episiotomia aumenta o risco de lacerações de 1º e 2º grau, nomeadamente na zona perineal anterior, mas não aumenta o risco de lacerações de 3º e 4º grau. Relativamente à morbidade fetal, o recurso seletivo não está associado a piores resultados fetais, como índice de Apgar inferior a 7 ao 5º minuto. A OMS defende que a episiotomia deve ser realizada em casos de sofrimento fetal, parto instrumentado, macrosomia, apresentação pélvica, distocia de ombros e laceração grave eminente.

São praticados 2 tipos de episiotomia, a mediana e a médiolateral. A episiotomia mediana, mais comum nos Estados Unidos da América, é realizada na linha média, mas sem atravessar as fibras externas do esfíncter anal, tem como vantagens uma fácil reparação e cicatrização, menor dor, hemorragia e dispareunia e ser mais estética. No entanto, tem como desvantagens a possível lesão do esfíncter anal e reto. A episiotomia médiolateral é mais comum na Europa, nomeadamente em Portugal. É realizada na linha média do funículo posterior da abertura vaginal em direção à tuberosidade isquiática e tem como vantagens a menor incidência de lesão do esfíncter anal e proporcionar maior espaço vaginal, mas tem como desvantagens maior perda hemática, piores resultados estéticos e reparação e cicatrização mais difícil (Lima et al., 2013).

De acordo com RCOG (2015) a episiotomia médiolateral tem um efeito protetor na incidência de lacerações perineais graves e deve ser realizada num ângulo de 45-60 graus afastado da linha média. Para Melo et al. (2014), a episiotomia médiolateral é considerada um fator de risco para a ocorrência de lacerações perineais graves, mesmo em casos de distocias de ombros, partos vaginais distócicos, macrosomia fetal, sofrimento fetal e apresentação occipito-posterior.

A realização e o tipo de episiotomia a realizar é uma decisão do profissional, nomeadamente dos EESMO e dos médicos obstetras, de acordo com alguns fatores a ponderar como: a idade materna (adolescentes e mulheres com idade superior a 35 anos), a paridade (ser primípara), a patologia materna (distúrbios hipertensivos e diabetes), estimativa de peso ao nascer (peso superior a 4000gr, macrosomia fetal), segundo estadio do TP prolongado, analgesia epidural, distocias de ombros, apresentações pélvicas e partos instrumentalizados, por serem fatores considerados de risco, que levam os profissionais a realizar este procedimento (Pérez et al., 2014; Lima et al., 2013). O critério individual de cada profissional contribui de forma muito significativa, visto que se observaram discrepâncias entre os 75% e os 16,7% na taxa de episiotomia, entre diferentes profissionais, num estudo realizado por Pérez et al. (2014).

O trauma perineal está associado a uma significativa morbidade materna, tanto a curto como a longo prazo. A dor perineal é mais observada em mulheres sujeitas a trauma

perineal quando comparadas com as mulheres com períneo íntegro e esta dor mantém-se por mais tempo após o parto, sendo que entre 7 a 9% referem dor 3 meses após o parto. Estes resultados também são observados no que se refere à dispareunia, em que mulheres com períneo íntegro, que reiniciam a atividade sexual mais cedo, referem menos dor e maior satisfação sexual. Também nas lacerações graves, observadas em 3 a 4% dos partos vaginais, e de acordo com Beckmann e Stock (2013), a prática seletiva da episiotomia não reduz a sua incidência e um terço dessas mulheres irão sofrer algum nível de incontinência fecal, entre média e severa (Sultan, 2002 cit. por Beckmann e Stock, 2013).

De acordo com a OMS a taxa de episiotomias deve rondar os 10%, no entanto são observadas taxas mais altas em diversos países como Portugal, Inglaterra, Estados Unidos da América e na Europa de Leste (Bhattacharjee, 2014). De acordo com este autor a episiotomia equivale a uma laceração de 2º grau e estudos indicam que a sua realização diminui a incidência de lacerações anteriores, mas não de posteriores, podendo mesmo estar associada ao aumento do risco de lacerações graves.

A laceração perineal resulta da inadequação de espaço para a passagem da cabeça fetal ou da rigidez do períneo da parturiente. A sua gravidade depende também da velocidade do TP, grau de controlo durante o TP e intervenções realizadas (Verghese et al. 2016). Estas são classificadas de acordo com a sua gravidade. A laceração de primeiro grau é a menos grave e envolve apenas a mucosa vaginal, a pele e as estruturas superficiais acima do músculo; a de segundo grau que se estende aos músculos perineais; a de terceiro grau que se estende pelos músculos do esfíncter anal; e a de quarto grau, a mais grave, que se prolonga pela parede retal anterior (Beckmann e Stock, 2013). De acordo com a Austrian Urogynecology Working Group são consideradas lacerações graves as que envolvem lesão do esfíncter anal, ou seja, de 3º ou 4º grau. As lacerações de 3º grau, como supramencionado, são lesões que envolvem o esfíncter anal e podem ser ainda divididas em três categorias: aquelas em que menos de 50% do esfíncter anal externo é envolvido, as que mais de 50% do esfíncter anal externo é atingido, e as em que tanto o esfíncter anal externo como o interno sofrem lesão (Aigmueller et al., 2012).

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento das lacerações perineais graves, em cerca de 5,9% em Inglaterra, em primíparas (Verghese et al., 2016). No entanto, este aumento pode dever-se ao diagnóstico e correto registo do número de lacerações perineais graves e à sua definição (Gurol-Urganci et al., 2013).

As lacerações perineais graves estão associadas a consequências maternas negativas tanto físicas como sociais. As mulheres que sofreram lacerações perineais graves têm maior morbilidade tanto a curto como a longo prazo, que influenciam a sua qualidade de vida, como dor perineal, dispareunia, incontinência urinária e fecal e disfunção retal, sendo esta a consequência mais temida das lacerações perineais graves. De facto, cerca de 50% das mulheres continuam a sentir algum dano mesmo após a correção. A dor perineal é uma

consequência imediata que pode influenciar de forma negativa a ligação mãe-filho e o início da amamentação e aumentar o risco de retenção urinária, depressão pós-parto e dispareunia (Farrar, Tuffnell e Ramage, 2014; Sulaiman et al., 2013; Zafran e Salim, 2012).

São fatores de risco de lacerações perineais graves: a idade materna, paridade, indução do TP, analgesia epidural, segundo estadio do TP prolongado, etnia asiática, peso ao nascer, distocia de ombros, partos instrumentados, apresentação fetal occipito-posterior e realização de episiotomia (Gurol-Urganci et al., 2013; Zafran e Salim, 2012; Landy et al., 2011).

Em mulheres que sofreram uma laceração perineal grave existe uma maior probabilidade de num próximo parto haver reincidência dessas lacerações. Com vista a prevenir esta reincidência são encorajadas a realizar exercícios pélvicos com o objetivo de fortalecer o assoalhado pélvico. Outros métodos a adotar com o intuito de prevenir a incidência de uma nova laceração grave são a indução do TP para reduzir o risco de macrosomia fetal e a cesariana eletiva. Também o recurso à ventosa em vez de fórceps, nos partos vaginais distócicos e a realização de episiotomia mediolateral seletiva são adotadas com vista a reduzir o risco de trauma perineal severo. Nos casos de incontinência fecal persistente, redução da função do esfíncter anal ou suspeita de macrosomia fetal, é oferecida à mulher a possibilidade de optar por realizar uma cesariana (Farrar, Tuffnell e Ramage, 2014; Aigmueller et al., 2012).

Face ao exposto, torna-se essencial efetuar uma RIL de modo a obter a melhor evidência disponível acerca da pertinência de realizar episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves e compreender quais os motivos que justificam a escolha da sua realização. Desta forma, este trabalho visa enquadrar as evidências acerca da pertinência da episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves, para que a prestação de cuidados em enfermagem, no âmbito da saúde materna e obstétrica, possa evoluir e contribuir para obter maiores ganhos em saúde. Importa-nos compreender se a episiotomia é de facto uma estratégia de prevenção de lacerações perineais graves e quais os fatores de risco para a sua incidência.

### **2.6.2. Metodologia**

A metodologia é um processo que possibilita a colheita de dados, através de métodos apropriados, identifica e realça os pontos fulcrais da investigação com vista a alcançar os objetivos e é uma parte essencial de qualquer estudo (Ribeiro, 2010; Fortin, 2009).

A opção metodológica pela RIL depreendeu-se do facto desta permitir reunir o conhecimento científico, confrontando os resultados de diversos estudos, com recurso a

estudos de caráter qualitativo e estudos de caráter quantitativo com o objetivo de obter a melhor evidência (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009). Pereira, Cardoso e Martins (2012) consideram a RIL uma abordagem voltada para o cuidado clínico e para o ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Desta forma, o investigador tem possibilidade de estudar o tema do seu interesse, compreender a evolução do conhecimento e identificar possíveis pesquisas importantes com o intuito de contribuir para a compreensão da temática (Botelho et al., 2011). De acordo com os mesmos autores a realização da RIL obedece a uma metodologia específica baseada em etapas que incluem: elaborar a pergunta de pesquisa, procurar a evidência científica, categorizar os estudos, analisar de forma crítica os estudos incluídos, discutir os resultados obtidos e sintetizar o conhecimento.

Atualmente o acesso à informação científica é muito facilitado, no entanto por vezes a informação é contraditória pelo que saber selecionar a informação é indispensável. Para tal iniciamos o processo pela elaboração de objetivos simples e claros para obter informação conclusiva. De forma a abranger o maior conhecimento científico sobre a temática de interesse foi definida a questão de partida para delimitar a pesquisa da evidência científica (Mendes e Silveira, 2008).

De acordo com Aromataris e Pearson (2014), definir a pergunta de investigação é dos primeiros passos ao planear a investigação e a pesquisa bibliográfica, visto permitir estabelecer a conduta que será seguida, nomeadamente os critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão) resultantes da questão realizada. Também o Instituto de Joanna Briggs (2011) defende que a pergunta de investigação auxilia na definição dos critérios específicos da revisão. Esta pergunta deve ser objetiva de forma a promover uma pesquisa mais eficaz e fornecer uma estrutura para a elaboração da revisão.

A elaboração da pergunta de investigação e os critérios de elegibilidade foram realizados de acordo com o método Participants, Interventions, Comparisons e Outcomes (PICO). Este determina que a questão de partida deve especificar a população envolvida, as intervenções e comparações a estudar e os resultados a atingir (Ercole, Melo e Alcoforado, 2014). A seguinte tabela elucida os componentes da PICO:

**Tabela 1** - Pergunta PICO

<b>P</b> (população)	<b>I</b> (Intervenção)	<b>C</b> (Comparação)	<b>O</b> (Outcomes/ Resultados)
Parturientes com parto vaginal	Episiotomia	Sem episiotomia	Lacerações perineais graves (de 3º e 4º grau)

Assim, a nossa questão de investigação foi: que razões/motivos justificam a opção dos profissionais para realizar a episiotomia, no parto eutócico, como uma estratégia preventiva da laceração perineal grave?

O passo seguinte foi definir os descritores Mesh de forma a responder à pergunta de investigação, nomeadamente: *episiotomy*, *mediolateral episiotomy*, *obstetric anal sphincter injuries*, *perineal tear*, *perineal laceration*, *vaginal birth*, juntamente com os caracteres booleanos “and” e “or” para conjugar os diferentes descritores e ainda o símbolo “” que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas.

A pesquisa bibliográfica inclui estudos científicos e foi realizada entre novembro de 2016 e julho de 2018. Para tal recorremos à pesquisa em bases de dados eletrónicas, com recurso também ao motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Health Technology Assessments, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, Academic Search Complete, Scielo, Elsevier, ResearchGate, Information Science & Technology Abstracts, CINAHL Complete, SCIELO, Nursing reference center, DIALNET, CUIDEN e PUBMED.

Seguidamente definimos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos encontrados. Consideramos como critérios de inclusão os estudos realizados a partir de 2007, os limites temporais impostos à pesquisa, de forma aos estudos não reportarem evidência desatualizada, disponíveis em texto completo, em inglês, português e espanhol e com preferência pelos estudos de elevada evidência científica. Consideramos critérios de exclusão os estudos não indexados a bases de dados de ciências da saúde e que não tivessem presentes no resumo ou título referência ao tema abordado.

Após esta fase foram identificados os estudos pré-selecionados e selecionados e realizada a leitura dos resumos, títulos e palavras-chave utilizadas. Em seguida realizamos a categorização dos estudos selecionados através da análise crítico-reflexiva dos artigos e elaboramos uma síntese dos mesmos (Botelho et al., 2011).

### 2.6.3. Resultados

Após pesquisa nas diferentes bases de dados foram obtidos 50 artigos, dos quais 15 aparecem em duplicado, 13 foram excluídos tendo em conta o título ou resumo e 10 por não estarem disponíveis nas versões integrais. Foram incluídos 12 artigos nesta RIL. A seguinte tabela corresponde à análise dos artigos selecionados, nomeadamente a informação referente aos autores, ano de publicação, fonte, objetivo do estudo, abordagem metodológica, resultados e conclusões, bem como o seu nível de evidência.

A evidência científica e as recomendações clínicas apresentadas nos diversos artigos resultam da qualidade das evidências encontradas. Como forma de classificar esta evidência e qualidade de recomendação são utilizadas diferentes taxonomias. Para Braga e Melo (2009) a força da recomendação está diretamente ligada ao nível de evidência. Os níveis de evidência (NE) das produções científicas analisadas foram avaliados segundo a escala de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (CEBM, 2009). Esta escala permite a classificação dos estudos de 1 a 5, segundo o NE, onde o nível 1 corresponde ao maior nível de evidencia e 5 ao menos, e avaliar o grau de recomendação dos estudos de A a D, onde o grau A corresponde aos estudos com maior grau de recomendação e D aos estudos com menor grau de recomendação.

Para a realização desta RIL foram incluídos 12 estudos dos quais 5 são revisões sistemáticas de literatura (entra as quais duas guidelines), 1 é um estudo controlado randomizado, 4 são estudos coorte retrospectivos e 2 são estudos caso controle.

**Tabela 2** - Análise dos artigos

<b>Artigo A: Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	VERGHESE T.; Champaneria R.; Kapoor D.; Latthe P.	<b>1a</b>
<b>Publicação</b>	2016 Reino Unido PubMed	
<b>Objetivo</b>	Comparar a incidência de lacerações com lesão do esfíncter anal em mulheres submetidas a episiotomia médio-lateral e mulheres não submetidas a episiotomia.	
<b>Metodologia</b>	<b>Revisão sistemática da literatura</b> Pesquisa realizada nas bases de dados Cochrane, CINAHL, Medline, EMBASE e MIDIRS, até Julho 2015. Foram utilizados dois revisores independentes para selecionar e analisar as características, qualidade e resultados dos estudos. Foram selecionados 16 estudos para realizar a revisão sistemática da literatura e 7 estudos para realizar a meta análise. A meta análise foi realizada de acordo com o recomendado pelo PRISMA.	
<b>Resultados</b>	- 5 estudos analisados sugerem que não existe diferença significativa entre a incidência de lacerações com lesão do esfíncter anal, em mulheres primíparas sujeitas a episiotomia médiolateral e mulheres que não foram sujeitas a episiotomia; - estudo realizado por Revicky et al.: aumento de 1,4% de lacerações com lesão do esfíncter anal em mulheres não sujeitas a episiotomia médiolateral (2010); a episiotomia médiolateral reduz 4,55% as lacerações com lesão do esfíncter anal (2015); - estudo realizado por Laine et al.: redução da incidência de lacerações com lesão do esfíncter anal de 4,03% para 1,17% devido à intervenção do profissional durante o segundo estadio do TP, verificando-se um aumento do número de episiotomias de 13,9% para 21,1%; - estudo realizado por Twidale et al.: verificou que o aumento do número de episiotomias médiolateral de 12,56% para 20,10% está associado à diminuição da incidência de lacerações com lesão do esfíncter anal; - estudo realizado por Gurol-Urganci et al.: aumento da incidência de lacerações com	



	lesão do esfíncter anal de 1,8% para 5,9%, no entanto verificou-se que primíparas sujeitas a episiotomia médiolateral tinham menor risco de lacerações com lesão do esfíncter anal.	
<b>Conclusões</b>	Parece haver uma redução da incidência de lacerações com lesão do esfíncter anal quando o profissional recorre à episiotomia médiolateral.	
<b>Artigo B: A randomized control trial evaluating the prevalence of obstetrical anal sphincter injuries in primigravida in routine versus selective mediolateral episiotomy</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	SULAIMAN A.; Ahmad S.; Ismail N.; Rahman R.; Jamil M.; Mohd A.	
<b>Publicação</b>	2013 Malásia Cochrane	
<b>Objetivo</b>	Avaliar a incidência de lesões obstétricas do esfíncter anal, que incluem lacerações de 3º e 4º grau, em primíparas, recorrendo a episiotomia médiolateral por rotina ou seletivas.	
<b>Metodologia</b>	<b>Estudo controlado randomizado</b> Estudo realizado entre maio e outubro 2009. N=171 mulheres primigestas com mais de 38 semanas com parto vaginal cefálico, distribuídas aleatoriamente por 2 grupos (episiotomia por rotina - G1 - N1= 82; e episiotomia seletiva - G2 - N2= 89). Com consentimento informado. Foi realizada episiotomia no G2 quando presente sofrimento fetal e laceração perineal iminente. Pesquisa realizada nas bases de dados Cochrane e Medline.	<b>1b</b>
<b>Resultados</b>	- incidência conjunta de episiotomia de 76,6%; - incidência de episiotomia: 100% (G1) e 49,6% (G2); - incidência de lacerações de 3º grau: 3,7% (G1) e 1,1% (G2) - sem diferença significativa; - incidência de lacerações de 4º grau: não foram observadas em G1 e G2; - incidência de lacerações dos pequenos lábios e periuretrais: 0% (G1) e 4,5% (G2).	
<b>Conclusões</b>	A realização por rotina de episiotomia médiolateral em primigesta está associado ao aumento da incidência de lacerações com lesão do esfíncter anal.	
<b>Artigo C: The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	RCOG	
<b>Publicação</b>	2015 Reino Unido RCOG	
<b>Objetivo</b>	Providenciar informação baseada em evidência para o correto diagnóstico, gestão e correção de lacerações perineais de 3º e 4º grau.	
<b>Metodologia</b>	<b>Guideline</b> Pesquisa de dados realizada sobre estudos controlados randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises, nas bases de dados Cochrane, MEDLINE e EMBASE entre 2006 e 2014. Realizada pesquisa na NICE e National Guideline Clearinghouse. O nível de evidência/recomendação dos dados foi avaliado segundo a "Scottish Intercollegiate Guidelines Network".	
<b>Resultados</b>	Factores de risco de lacerações graves: - etnia asiática: OR 2,27; - nuliparidade: RR 6,97; - peso ao nascer >4000gr: OR 2,27; - distocia de ombros: OR 1,90; - apresentação fetal occipitoposterior: RR 2,44; - segundo estadio TP prolongado: > 2 horas RR 1,47, > 3 horas RR 1.79 e > 4 horas	<b>1ª</b>

	<p>RR 2,02;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- parto vaginal distócico por ventosa com episiotomia: OR 0,57;</li> <li>- parto vaginal distócico por ventosa sem episiotomia: OR 1,89;</li> <li>- parto vaginal distócico por fórceps com episiotomia: OR 1,34;</li> <li>- parto vaginal distócico por fórceps sem episiotomia: OR 6,53;</li> <li>- antecedentes de laceração grave: OR 5,51.</li> </ul> <p>Métodos de prevenção de lacerações graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- episiotomia - o seu efeito protetor é controverso. Estudos indicam que se necessário realizar episiotomia que se opte pela médiolateral e que a episiotomia médiolateral deve ser considerada nos partos vaginais distócicos (nível de recomendação 2-;3);</li> <li>- proteção perineal - recurso à manobra de Ritgen modificada (mão direita a proteger o períneo e mão esquerda a controlar a progressão da apresentação) parece ter efeito protetor, em relação à técnica “hands off” (nível de recomendação 1+;2+);</li> <li>- compressas quentes - aplicação de compressas quentes durante o segundo estadio de TP reduz significativamente a incidência de lacerações graves, OR 0,48 (nível de recomendação 1++);</li> <li>- massagem perineal durante o segundo estadio do TP - resultados inconclusivos: resultados similares em períneo íntegros, lacerações 1º e 2º grau e episiotomias, menos incidência de lacerações graves em mulheres submetidas a massagem (RR 0,45) (nível de recomendação 1-).</li> </ul>	
<b>Conclusões</b>	<p>Existe informação controversa sobre o factor protetor da episiotomia na prevenção de lacerações graves. Quando necessário deve optar-se por realizar episiotomia médiolateral. A episiotomia médiolateral deve ser considerada em partos vaginais distócicos.</p> <p>Recomendações:</p> <p>Realizar mais estudos, nomeadamente sobre qual o melhor método de parto para mulheres com antecedentes de lacerações graves (falta de evidência científica).</p> <p>Realizar mais estudos sobre a eficácia de métodos de prevenção de lacerações graves.</p>	
<b>Artigo D: Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	LANDY H.; Laughon S.; Bailit J.; Kominiarek M.; Gonzalez-Quintero V.; Ramirez M.; Haberman S.; Hibbard J.; Wilkins I.; Branch D.; Burkman R.; Gregory K.; Hoffman M.; Learman L.; Hatjis C.; Vanvelthuisen P.; Reddy U.; Troendle J.; Sun L.; Zhang J.	<b>2b</b>
<b>Publicação</b>	2011 Estados Unidos América PubMed	
<b>Objetivo</b>	Caraterizar possíveis fatores de risco modificáveis de lacerações de 3º e 4º grau e lacerações cervicais	
<b>Metodologia</b>	<p><b>Estudo coorte retrospectivo</b></p> <p>Realizada colheita eletrónica de dados médicos entre 2002 e 2008</p> <p>Incluídos no estudo registos de 19 hospitais nos EUA de mulheres com parto vaginal simples cefálico com mais de 34 semanas. Foram excluídos locais sem registo de lacerações e lacerações resultantes de distocia de ombros.</p>	
<b>Resultados</b>	- Lacerações de 3º e 4º grau: 2223 primíparas (5,8%) e 293 multiparas (0,6%);	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- riscos para lacerações graves: nuliparidade, etnia asiática, peso ao nascer, parto vaginal distócico, episiotomia e duração do segundo período do TP</li> <li>- maior incidência de lacerações graves em mulheres com mais de 25 anos (1,9%) quando comparadas a mulheres com menos de 25 anos (1,6%)</li> <li>- houve maior número de lacerações graves nos partos instrumentados (3% a 5% mais elevado)</li> <li>- episiotomia realizada em 61,6% dos partos em que ocorreram lacerações graves, 78% das episiotomias foram medianas.</li> </ul>	
<b>Conclusões</b>	Os principais fatores de risco para a ocorrência de lacerações graves foram ser primípara e executar episiotomia (nomeadamente mediana).	
<b>Artigo E: Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	GUROL-URGANCI I.; Cromwell D.; Edozien L.; Mahmood T.; Adams E.; Richmond D.; Templeton A.; Meulen J.	<b>2b</b>
<b>Publicação</b>	2013 Reino Unido PubMed	
<b>Objetivo</b>	Descrever o rumo do trauma perineal severo em Inglaterra e investigar de que forma as alterações nos fatores de risco podem explicar o rumo observado.	
<b>Metodologia</b>	<b>Estudo coorte retrospectivo</b> Utilizado HES (Hospital Episódios Estatística), para identificar todos os partos realizados nos hospitais NHS Trust entre Abril 2000 e Março 2012. N= 1035253 primíparas entre os 15 e os 45 anos, com parto vaginal, simples, cefálico e de termo.	
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lacerações perineais graves aumentaram de 1,8% para 5,9%;</li> <li>- a realização de episiotomia variou entre 30 e 36%;</li> <li>- aumento do número de partos distócicos por fórceps de 9,0 para 16,1%;</li> <li>- diminuição do número de partos distócicos por ventosa de 17,5 para 13,9%;</li> <li>- maior número de ventosas com realização de episiotomia (de 67,8 para 78,6%);</li> <li>- diminuição do número de episiotomias em partos eutócicos (de 19,1 para 15,1%);</li> <li>- mulheres com mais de 25 anos têm duas vezes mais probabilidade de sofrer lacerações perineais graves;</li> <li>- mulheres de etnia asiática têm 2,27% mais probabilidade de sofrer lacerações graves;</li> <li>- risco de laceração perineal grave aumenta com o peso ao nascer (&gt;3500gr) e distocia de ombros (1,90%), mas não houve diferença significativo relativamente à duração do segundo período de TP</li> </ul> <p>Incidência de lesões perineais graves quando comparadas a partos eutócicos sem episiotomia:</p> <p>Parto eutócico com episiotomia - 0,57%</p> <p>Parto distócico por fórceps sem episiotomia - 6,53%</p> <p>Parto distócico por fórceps com episiotomia - 1,34%</p> <p>Parto distócico por ventosa sem episiotomia - 1,89%</p> <p>Parto distócico por ventosa com episiotomia - 0,57%</p>	
<b>Conclusões</b>	Foi associado um maior risco de lacerações perineais graves com a idade materna (>25 anos), parto vaginal distócico (especialmente sem episiotomia), etnia asiática, maior peso ao nascer e distocia de ombros. Observou-se que mulheres submetidas a episiotomia tiveram menos incidência de	

	<p>lacerações perineais graves.</p> <p>Este aumento não parece estar relacionado com alteração de fatores de risco mas sim com a implementação da classificação estandardizada das lacerações perineais.</p> <p>O aumento da incidência de lacerações perineais graves pode a curto tempo ser devido à melhor avaliação da laceração e documentação do que devido à baixa qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>A episiotomia reduz a incidência de lacerações perineais graves.</p>	
<b>Artigo F:</b> Guidelines for the management of third and fourth degree perineal tears after vaginal birth from the Austrian Urogynecology		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	AIGMUELLER T.; Bader W.; Beilecke K.; Elenskaia K.; Frudinger A.; Hanzal E.; Helmer H.; Kleyn M.; Koelle D.; Kropshofer S.; Pfeiffer J.; Reisenauer C.; Tammaa A.; Tamussino K.; Umek W.	<b>1ª</b>
<b>Publicação</b>	2013 Áustria ResearchGate	
<b>Objetivo</b>	Providenciar informação baseada em evidência para o correto diagnóstico, manuseamento e correção de lacerações perineais graves de forma a minimizar risco de sintomas persistentes.	
<b>Metodologia</b>	<b>Guideline</b> Update realizado à anterior guideline de 2007 "Guideline for the management of third and fourth degree perineal tears after vaginal birth". Pesquisa nas bases de dados PubMed e MEDLINE entre 2007 e 2011.	
<b>Resultados</b>	<p>Fatores de risco de lacerações graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nuliparidade: OR 2,4;</li> <li>- peso ao nascer &gt;4000gr: OR 5,0;</li> <li>- parto vaginal distócico por fórceps: OR 2,6-3,7;</li> <li>- parto vaginal distócico por ventosa: OR 1,7-2,6;</li> <li>- episiotomia mediana: OR 2,4-2,9;</li> <li>- distocia de ombros: OR 2,0;</li> <li>- posição materna de litotomia: OR 2,0;</li> <li>- manobra de Kristeller: OR 1,8;</li> <li>- apresentação fetal occipitoposterior: OR 1,7;</li> <li>- segundo estadio TP prolongado (&gt;1hora): OR 1,6.</li> </ul> <p>Fatores que não protegem nem aumentam risco de lacerações graves</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- massagem perineal;</li> <li>- parto na água;</li> <li>- aumento de CU;</li> <li>- duração de tipos de esforços expulsivos;</li> <li>- manobra de Ritgen</li> </ul> <p>- O recurso à episiotomia como medida de proteção de lacerações perineais graves é controversa. Estudos apontam que a episiotomia mediana aumenta o risco de lacerações perineais graves. A episiotomia médiolateral deve ser usada com restrição (nível de evidência 1ª, recomendação A).</p>	
<b>Conclusões</b>	O recurso à episiotomia como medida de proteção de lacerações perineais graves é controversa. Estudos apontam que o uso de episiotomia mediana aumenta o risco de lacerações perineais graves. A episiotomia médiolateral deve ser usada com restrição.	

<b>Artigo G: Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (review)</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	JIANG H.; Qian, X.; Carroli G.; Garner P.	<b>1a</b>
<b>Publicação</b>	2017 China Cochrane	
<b>Objetivo</b>	Avaliar as consequências maternas e fetais do uso seletivo de episiotomia comparado ao uso por rotina de episiotomia em partos vaginais.	
<b>Metodologia</b>	<b>Revisão sistemática da literatura</b> Pesquisa realizada na Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register até setembro 2016. Incluídos estudos randomizados controlados que comparam o uso seletivo e o uso por rotina de episiotomia. Pesquisa e análise de estudos realizada por dois autores independentes, e utilizado um terceiro autor para avaliar os estudos quando não surge consenso.	
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- média de episiotomias realizadas: 32% (episiotomia seletiva) e 83% (episiotomia por rotina);</li> <li>- a utilização seletiva de episiotomia em partos eutócicos pode reduzir em 30% a incidência de lacerações perineais graves;</li> <li>- perda sanguínea: sem diferenças significativas;</li> <li>- apgar inferior a 7 ao 5º minuto: sem diferença significativa;</li> <li>- infecção perineal: sem diferença significativa;</li> <li>- dor perineal moderada a severa 3 dias pós-parto: sem diferença significativa;</li> <li>- dispareunia 6 meses pós-parto: sem diferença significativa;</li> <li>- incontinência urinária 6 meses pós-parto: sem diferença significativa;</li> <li>- prolapso genital 3 anos pós-parto: sem diferença significativa;</li> <li>- paridade: sem diferenças significativas;</li> <li>- tipo de episiotomia: sem diferenças significativas</li> </ul>	
<b>Conclusões</b>	Em mulheres em que é previsto parto eutócico a utilização seletiva de episiotomia reduz a taxa de lacerações perineais graves. O recurso selectivo à episiotomia parece não trazer consequências maternas e fetais negativas a curto e longo termo. Evidência científica demonstra que a utilização por rotina de episiotomia não reduz as lacerações perineais.	
<b>Artigo H: Episiotomy for vaginal birth Episiotomy for vaginal birth</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	CARROLI G.; MIGNINI L.	<b>1a</b>
<b>Publicação</b>	2009 Argentina Cochrane	
<b>Objetivo</b>	Avaliar os efeitos do uso por rotina ou seletivo de episiotomia durante um parto vaginal.	
<b>Metodologia</b>	<b>Revisão sistemática da literatura</b> Pesquisa realizada na base de dados Cochrane Pregnancy and Childbirth Groups Trials Register até março 2008. Incluídos estudos controlados randomizados que comparem o uso por rotina ou seletivo de episiotomia, dos diferentes tipos de episiotomia. 2 autores independentes analisaram os artigos. N=5541 mulheres com parto vaginal. G1 - episiotomia por rotina; G2 - episiotomia seletiva.	

<b>Resultados</b>	<p>G1 - 75,15% (2035/2708) submetidas a episiotomia;  G2 - 28,40% (776/2733) submetidas a episiotomia;  O recurso seletivo à episiotomia levou a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- menos trauma perineal: OR 0,67;</li> <li>- menos necessidade de suturar: OR 0,71;</li> <li>- menos complicações de cicatrização: OR 0,69;</li> <li>- mais trauma perineal anterior: OR 1,84;</li> </ul> <p>Sem diferença significativa nas lacerações perineais/vaginais graves, dispareunia, incontinência urinária, dor severa e dispareunia.</p>	
<b>Conclusões</b>	O recurso seletivo à episiotomia parece trazer benefícios comparativamente à sua execução por rotina. Observa-se menos trauma perineal posterior, menos necessidade de suturar e menos complicações. Observa-se maior risco de trauma perineal anterior. Não foi observada diferença significativa relativamente à dor severa, lacerações perineais/vaginais graves, dispareunia e incontinência urinária.	
<b>Artigo I: Episiotomy: the final cut?</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	STEINER N.; Weintraub A.; Wiznitzer A.; Sergienko R.; Sheiner E.	<b>2b</b>
<b>Publicação</b>	2012 Israel PubMed	
<b>Objetivo</b>	Investigar se a episiotomia previne lacerações perineais de 3º ou 4º grau em condições específicas como distocia de ombros, parto vaginal distócico, posição occipital posterior, macrosomia fetal e sofrimento fetal.	
<b>Metodologia</b>	<b>Estudo coorte retrospectivo</b> Excluídos: gestação múltipla, parto pré-termo (<37 semanas) e cesarianas. N=168077 partos vaginais simples	
<b>Resultados</b>	<p>Incidência de lacerações perineais graves de 0,1% (n=188) em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- partos com episiotomia: 0,2% (significativamente superior aos partos sem episiotomia - 0,1% vs 0,2%);</li> <li>- macrosomia: OR 2,3;</li> <li>- partos instrumentados: OR 1,8;</li> <li>- sofrimento fetal: OR 2,1;</li> <li>- posição occipital posterior: OR 2,3;</li> <li>- distocia de ombros: OR 2,3.</li> </ul>	
<b>Conclusões</b>	A episiotomia médiolateral é um fator de risco independente para lacerações perineais graves, mesmo nas condições especiais analisadas. O uso profilático da episiotomia não parece acarretar benefícios quando utilizada como método de prevenção de lacerações perineais graves.	
<b>Artigo J: Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	ZAFRAN N.; SALIM R.	<b>3b</b>
<b>Publicação</b>	2012 Israel PubMed	
<b>Objetivo</b>	Comparar a utilização seletiva e rotineira de episiotomia médiolateral e a incidência de lacerações perineais com lesão do esfíncter anal.	
<b>Metodologia</b>	<b>Caso controle</b> Comparação entre a utilização de episiotomia médiolateral por rotina (por indicações maternas e fetais) entre 1999 e 2001 (era 1) e utilização de episiotomia	

	<p>médiolateral seletiva (utilizada em casos de laceração eminente) entre 2004 e 2008 (era 2).</p> <p>N=25170 mulheres com parto vaginal cefálico simples com mais de 37 semanas, incluindo partos eutócicos e partos distócicos por ventosa.</p> <p>A classificação da laceração foi realizada por um médico obstetra sénior.</p> <p>N era 1= 9465</p> <p>N era 2 = 15705</p> <p>Análise de informação realizada pelo SPSS software.</p>	
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lacerações graves: 0,1% (era 1) e 0,4% (era 2);</li> <li>- mulheres primíparas submetidas a episiotomia: 71,8% (era 1) e 27,1% (era 2);</li> <li>- incidência de lacerações graves em mulheres primíparas submetidas a episiotomia: 0,2% (era 1) e 1,0% (era 2);</li> <li>- incidência de lacerações graves em mulheres múltiparas submetidas a episiotomia ou não: sem diferença significativa;</li> <li>- realização de episiotomia nos partos distócicos por ventosa: 82,6% (era 1) e 67% (era 2);</li> <li>- incidência de lacerações graves em partos distócicos por ventosa com episiotomia: 0,4% (era 1) e 2,6% (era 2);</li> <li>- incidência de lacerações graves em partos distócicos por ventosa sem episiotomia: 1,9% (era 1) e 3,3% (era 2);</li> <li>- incidência de lacerações graves em mulheres submetidas a partos distócicos por ventosa: sem alteração significativa;</li> <li>- incidência de lacerações graves em mulheres com fetos com peso superior a 3500gr submetidas a episiotomia ou não: sem diferença significativa.</li> </ul>	
<b>Conclusões</b>	<p>O recurso por rotina (liberal) à episiotomia médiolateral parece ter um efeito protetor na prevenção de lacerações graves em mulheres primíparas.</p> <p>No grupo em que foi realizada episiotomia médiolateral de forma seletiva (era 2) concluiu-se que as variantes parto distócico por ventosa, primiparidade e peso fetal em primíparas aumentaram o risco de laceração grave.</p> <p>A realização de episiotomia num parto distócico por ventosa ou no parto de um feto grande não afetou a incidência de lacerações graves.</p>	
<b>Artigo K: Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	TWINDALE E.; Cornell K.; Litzow N.; Hotchin A.	<b>2b</b>
<b>Publicação</b>	2012 Austrália PubMed	
<b>Objetivo</b>	Investigar fatores de risco para lacerações com lesão do esfíncter anal e a sua incidência. Determinar a relação entre o decréscimo destas lacerações e o aumento de episiotomias médiolateral.	
<b>Metodologia</b>	<p><b>Estudo coorte retrospectivo</b></p> <p>Estudo realizado no Geelong Hospital na Austrália entre 2006 e 2010.</p> <p>N=7314 partos vaginais</p> <p>Utilizado SPSS software. Utilizada correlação de Pearson.</p>	
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- observadas 239 lacerações com lesão do esfíncter anal;</li> <li>- durante o estudo diminuição da incidência de lacerações graves de 4,41% para 2,12%;</li> </ul> <p>Fatores de risco para lacerações graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nuliparidade - OR 2,64</li> <li>- partos vaginais distócicos - OR 2,54</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- peso ao nascer &gt;4000gr - OR 1,56</li> <li>- analgesia epidural - sem diferença significativa</li> <li>- episiotomia médio-lateral - sem diferença significativa</li> <li>- indução do TP - OR - 0,65 (menor risco de laceração grave);</li> <li>- múltiparas com parto eutócico de bebês não macrossômicos sem episiotomia têm 1,63% risco de desenvolver laceração grave;</li> <li>- múltiparas com parto eutócico de bebês não macrossômicos com episiotomia têm 0,47% risco de desenvolver laceração grave;</li> <li>- em 2006 - episiotomia era realizada em 4,67% dos partos eutócicos;</li> <li>- em 2006 - incidência de lacerações graves em partos eutócicos de 3,09%;</li> <li>- em 2010 - episiotomia era realizada em 7,26% dos partos eutócicos;</li> <li>- em 2010 - incidência de lacerações graves em partos eutócicos de 0,82%.</li> </ul>	
<b>Conclusões</b>	<p>Observou-se uma correlação significativa entre o aumento de episiotomias médiolateral (de 12,56% para 20,10%) e a diminuição de lacerações graves (de 4,41% para 2,21%). São fatores de risco de lacerações perineais graves a nuliparidade, partos vaginais distócicos e peso ao nascer &gt; 4000gr</p> <p>Embora os resultados obtidos não demonstrem que exista um efeito protetor estatisticamente significativo da episiotomia médiolateral, os autores acreditam que isto deve-se ao fato da amostra ser pequena.</p>	
<b>Artigo L: Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study</b>		<b>N.E.</b>
<b>Autor</b>	STEDENFELDT M.; Pirhonen J.; Blix E.; Wilsgaard T.; Vonen B.; Oian P.	<b>3b</b>
<b>Publicação</b>	2012 Noruega PubMed	
<b>Objetivo</b>	Investigar a associação entre o ângulo da episiotomia e a incidência de lesões obstétricas do esfíncter anal, porque episiotomias com ângulo entre 40 e 60° estão associadas a menor número de lesões do que em ângulos mais agudos.	
<b>Metodologia</b>	<p><b>Estudo caso controle</b></p> <p>N=74 mulheres com um parto vaginal e episiotomia</p> <p>G1= 37 sem lesões</p> <p>G2= 37 com lesões do esfíncter anal</p> <p>Comparação entre os 2 grupos (episiotomias)</p>	
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuição de 70% de incidência de lacerações graves por cada 5,5mm de profundidade;</li> <li>- diminuição de 56% de incidência de lacerações graves por cada 4,5mm de lateralização;</li> <li>- diminuição de 75% de incidência de lacerações graves por cada 5,5mm de comprimento;</li> <li>- peso ao nascer: 3377gr (G1) e 3764 (G2) - diferença significativa;</li> <li>- perímetro cefálico: 35,9 cm (G1) e 36,9 cm (G2) - diferença significativa.</li> </ul>	
<b>Conclusões</b>	O estudo demonstrou que episiotomias com profundidade >16mm, comprimento >17mm e início de incisão >9mm de lateralização e ângulo entre 30 e 60° estão associadas significativamente ao menor risco de lacerações graves.	



#### 2.6.4. Discussão

A interpretação e síntese dos resultados obtidos realiza-se nesta etapa, com a comparação dos dados obtidos pela análise dos artigos com o referencial teórico (Souza, Silva e Carvalho, 2010). Os diferentes artigos foram analisados no que refere aos seus objetivos, metodologias e resultados, com o intuito de gerar conhecimento sobre o tema e, se possível, determinar se esse conhecimento pode ser aplicado na prática (Pompeo, Rossi e Galvão, 2009).

Após a análise dos artigos podemos concluir que se verifica uma controvérsia relativamente ao pretendo papel protetor da episiotomia, como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves. Contudo, um ponto comum nos estudos analisados é que todos consideram a episiotomia mediana um fator de risco para as lacerações perineais graves.

Alguns estudos demonstram que a episiotomia, nomeadamente a médiolateral, constitui um fator protetor para as lacerações perineais graves, resultado semelhante ao observado por Verghese, et al. (2015), na revisão sistemática realizada por estes autores e por Gurol-Urganci et al. (2013). O estudo realizado por Twindale et al. (2012), demonstrou haver uma correlação significativa entre o aumento do número de episiotomias médiolateral e a diminuição de lacerações perineais graves. Zafran e Salim (2012) defendem que a episiotomia médiolateral deve ser realizada em mulheres primíparas, pelo seu efeito protetor na prevenção de lacerações perineais graves. Já a RCOG (2015), defende que este efeito protetor é controverso, que quando necessário deve optar-se pela episiotomia médiolateral e que esta deve ser considerada nos partos vaginais distócicos. De acordo com o estudo realizado por Stedenfeldt et al. (2012), episiotomias com profundidade >16mm, comprimento >17mm e início de incisão >9mm de lateralização e angulo entre 30 e 60° estão associadas significativamente ao menor risco de lacerações graves, algo que na prática não é linear, não sendo possível quantificar quantos profissionais realizam episiotomias segundo estas recomendações.

No entanto é de realçar que alguns estudos onde se verifica um aumento da taxa de lacerações perineais graves e redução de episiotomias realizadas, sugerem um efeito protetor da episiotomia e defendem que o aumento do número de lacerações perineais pode estar relacionado com a implementação de uma classificação standartizada das lacerações perineais e a uma melhor avaliação das mesmas (Gurol-Urganci, 2013).

Outros autores como Sulaiman et al. (2013), cujo estudo demonstra que a realização por rotina da episiotomia médiolateral em primigestas está associada ao aumento do risco de incidência de lacerações perineais graves, consideram-na um fator de risco. Landy et al. (2011) concluem haver maior risco de lacerações perineais graves quando se realiza

episiotomia, no entanto este estudo não diferencia o tipo de episiotomia realizada, apenas indica que 78% foram medianas. Steiner et al. (2012) defendem que a episiotomia médiolateral é um fator de risco de lacerações perineais graves, não havendo benefícios na sua utilização como método de prevenção de lacerações perineais graves mesmo em casos de distocia de ombros, parto vaginal distócico, apresentação fetal occipitoposterior e macrosomia fetal.

Mesmo os estudos que apontam a episiotomia como uma prática protetora para a incidência de lacerações perineais graves referem que esta deve ser médiolateral e que a sua realização deve ser seletiva. Esta posição também é defendida por Aigmueller et al. (2012) e Jiang et al. (2017), que defendem que a realização de episiotomia seletiva reduz a taxa de lacerações perineais graves e a sua utilização por rotina não diminui a incidência destas lacerações. A seletividade parece não trazer consequências negativas maternas e fetais, tanto a curto como a longo prazo, o que vai de acordo com o estudo realizado por Carroli e Mignini (2009).

Embora atualmente não exista concordância sobre o papel da episiotomia na prevenção de lacerações perineais graves, esta não é o único fator de risco para que estas lacerações ocorram. Muitos estudos apontam a paridade (primiparas), a idade materna superior a 25 anos, o peso ao nascer superior a 4000gr, o parto vaginal distócico, a etnia asiática, a distocia de ombros, a episiotomia mediana, a posição materna de litotomia, a manobra de Kristeller, a apresentação fetal occipitoposterior e o segundo estadio do TP prolongado, como fatores de risco de lacerações perineais graves (Gurol-Urganci et al. (2013); Twindale et al., (2012); Aigmueller et al. (2012)). Aigmueller et al. (2012) defendem, também que a massagem perineal, o parto na água, o aumento das CU, a duração e tipo de esforços expulsivos e a manobra de Ritgen, não são fatores protetores nem fatores de risco para que ocorram lacerações perineais graves

A RCOG elaborou em 2015 um guia de boas práticas sobre o correto diagnóstico, gestão e correção de lacerações perineais graves, onde destaca como fatores de risco a etnia asiática, nuliparidade, peso ao nascer superior a 4000gr, distocia de ombros, apresentação fetal occipitoposterior, segundo estadio de TP prolongado, partos vaginais distócicos e antecedentes pessoais de laceração perineal grave, e onde refere alguns métodos de prevenção, como proteção perineal recorrendo à manobra de Ritgen modificada, utilização de compressas aquecidas e massagem perineal durante o segundo estadio do TP.

#### **2.6.5 Conclusão da RIL**

A realização desta RIL revelou-se como um método excecional para confirmar que a PBE é indispensável no auxílio na tomada de decisão dos enfermeiros, com base nas evidências

mais atuais, para um exercício profissional competente, sobretudo no âmbito dos cuidados especializados e de qualidade em saúde materna e obstetrícia e consequentemente representa ganhos em saúde. Permitiu aprofundar e cimentar conhecimentos e habilidades no domínio da investigação em enfermagem e consciencializar-nos que devido à quantidade de informação existente é necessário possuir competências que permitam selecionar de forma adequada e criteriosa a literatura científica disponível.

A RIL subordinada ao tema “A Realização da Episiotomia como estratégia para a prevenção de lacerações perineais graves: que pertinência” foi realizada pelo facto de constatar-mos no campo de estágio que a episiotomia é praticada com maior frequência do que a que é recomendado pela OMS e teve como objetivo problematizar a realização da episiotomia como uma estratégia eficaz na prevenção de lacerações perineais graves e que motivos/razões influenciam os EESMO na tomada de decisão para a realização deste procedimento.

Após análise dos artigos conclui-se que existe controvérsia sobre a eficácia da episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves. Alguns estudos defendem que a episiotomia tem um efeito protetor na incidência destas lacerações, outros concluem que a realização ou não de episiotomia não se traduz em diferenças estatísticas significativas na sua incidência e, ainda, outros concluem que a realização da episiotomia pode aumentar o risco de lacerações perineais graves. Também muitos dos estudos continuam a apontar uma série de fatores de risco de lacerações perineais graves, tais como: a paridade (primípara), peso estimado ao nascer (> 4000g), distocia de ombros e apresentação fetal occipitoposterior, fatores estes que justificam o recurso do profissional à episiotomia, embora exista uma componente subjetiva da avaliação dos fatores de risco que não pode ser descartada atualmente, principalmente pela falta de concordância verificada sobre o tema em estudo. No entanto mesmo estes fatores de risco têm um aumento pouco significativo na incidência de lacerações perineais graves, em muitos dos estudos, pelo que a utilização da episiotomia deve ser considerada de forma individual. Nesta perspetiva, concordamos com Aigmueller et al. (2012), ao defender que a prática seletiva da episiotomia médiolateral e não mediana, uma vez que esta última está mais associada à ocorrência de lacerações perineais graves, por extensão da episiotomia.

Uma vez que os resultados emergentes não demonstram concordância em relação às implicações da realização da episiotomia como estratégia preventiva de lacerações perineais e até assumem posições divergentes, podemos concluir que não é possível determinar, de forma standartizada, em que situações é mais benéfico o recurso à episiotomia. Todavia, podemos concluir que a opção de uma forma seletiva pode constituir um contributo para o exercício profissional do EESMO, de forma a desenvolver as suas práticas de acordo com a evidência científica atual, ao servir de suporte à sua tomada de decisão, para que as implicações sejam o mais positivas para a díade mãe e filho.

No processo de realização deste estudo deparamo-nos com algumas dificuldades que foram superadas, mas a maior limitação encontrada durante a revisão bibliográfica e elaboração da RIL foi a escassez de estudos, com elevado nível de evidência, que diferenciassem o tipo de episiotomia realizado, nomeadamente estudos experimentais que comparassem grupos em que fosse realizada episiotomia médiolateral e grupos em que não fosse realizada episiotomia (grupo controle).

Assim, em jeito de sugestão diríamos que face à controvérsia existente em relação a esta ser uma prática que uns defendem e outros indicam razões/motivos para que seja seletiva, são necessários mais estudos de investigação para validar a sua eficácia e segurança, nomeadamente estudos controlados randomizados, não só sobre a episiotomia, mas também sobre outros fatores de risco, para compreender de que forma estes podem ser indicadores da probabilidade de ocorrer laceração perineal grave.

### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

O desenvolvimento de atividades de estágio, no âmbito do puerpério, fez-se sob a orientação/supervisão de duas EESMO. No CHVNG/E os cuidados prestados à puérpera são individualizados com base nas especificidades de cada puérpera/casal e RN. Contudo alguns cuidados são transversais como o autocuidado higiene, vigiar perda sanguínea e lóquios, vigiar involução uterina, vigiar eliminação vesical e intestinal, vigiar a amamentação e promover a autonomia. De modo a promover o bem-estar da puérpera/casal e do RN e despistar situações de risco atempadamente realizamos várias atividades de vigilância e diagnóstico, desenvolvidas ao longo do estágio, de acordo com a orientação das enfermeiras tutoras e protocolos do serviço.

Neste período de estágio foi possível vivenciar diversas experiências o que tornou possível recontextualizar saberes, tendo como eixo estruturante a articulação entre a teoria e a prática, a consolidação de conhecimentos, a execução de procedimentos, o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e a pesquisa de acordo com a evidência científica mais atual.

A promoção da parentalidade foi dos principais objetivos deste estágio, uma vez que quando se trata de um primeiro filho, alguns pais podem estar menos bem preparados para assumir o papel parental. Após o parto, a experiência da parentalidade é uma oportunidade de crescimento, tornando-se muito importante preparar os futuros pais para enfrentar o desafio do novo estatuto social, já que o nascimento muda a titularidade: tornaram-se mãe e pai!

De acordo com Nené et al. (2016) o puerpério é o período em que o corpo da mulher prepara-se para a amamentação e são observadas modificações físicas e psíquicas de forma a que o corpo e psique da mulher volte ao estado anterior à gravidez. É, portanto, um período de adaptação onde podem ser observadas diversas emoções e sensações como confusão, ansiedade, medo, frustração, dor e confronto entre o parto e o RN idealizado e o real. Existe rutura de uma fase e o início de outra, com a transformação da identidade do casal. Assim estivemos sempre empenhados e despertos para promover o autocuidado, o processo de transição desenvolvimental e a adaptação à parentalidade, para além de prestar os cuidados físicos adjacentes às alterações fisiológicas, reconhecendo que esta nova situação implica estar atento à complexidade deste período (Sal et al., 2006).

O puerpério tem uma duração de 6 semanas após o parto e está dividido em três fases: o puerpério imediato, que corresponde às primeiras 24 horas, período em que podem

ocorrer mais complicações, o puerpério clínico, que termina com a alta hospitalar e o puerpério tardio, que termina com o retorno da menstruação (Castan e Homs, 2014). Pelo que desenvolvemos a nossa atividade diagnóstica e delineamos intervenções no sentido de promover o autocuidado da puérpera e família na primeira e segunda fase do puerpério.

Neste período tivemos em atenção que a puérpera precisa de vigilância e apoio já que vivencia uma transição sob um período caracterizado por alterações hormonais, físicas e emocionais e pela adaptação a um novo papel e a um novo ser. Também porque este período é considerado de grande vulnerabilidade emocional, por todos os estados de desequilíbrio resultantes de alterações súbitas hormonais, da fadiga, do desconforto físico, da inexperiência para cuidar do RN, das alterações de rotinas e do reajuste de papéis no seio familiar (Torre, 2001). Torna-se então indispensável a promoção e educação para a saúde relativa ao autocuidado e ao reconhecimento dos sinais de alerta, para além de vigiar os aspetos físicos.

No serviço de puerpério, onde realizamos o nosso estágio, a parturiente é admitida proveniente do bloco de partos se teve um parto por via vaginal ou do bloco operatório se foi submetida a uma cesariana. Nos dois casos recebíamos aviso telefónico: em caso de parto por via vaginal, por parte de um EESMO, e nos casos de parturiente submetida a cesariana, por parte de um enfermeiro do bloco operatório, a informar que a parturiente estava pronta para ser transferida para o serviço de puerpério. Neste mesmo telefonema era transmitida informação pertinente como o tipo de parto, a IG e a hora de nascimento, o que é uma mais valia na continuação efetiva de cuidados. Aquando a sua entrada no serviço, apresentávamo-nos e acompanhávamos a puérpera onde confirmávamos a sua identificação, bem como a do RN. De seguida, apresentávamos o espaço físico, informávamos sobre a dinâmica do serviço e horário de visitas, sempre mostrando segurança e disponibilidade para esclarecer dúvidas ou atender a alguma necessidade. Consultávamos também o processo clínico e confirmávamos os dados de acordo com a informação prestada pela puérpera. Desta forma, conseguíamos ter um maior conhecimento sobre a situação atual, os antecedentes pessoais, a história obstétrica e da gravidez atual, o tipo de parto, a rutura de membranas, a ferida cirúrgica, se houve ou não analgesia, o grupo sanguíneo, a presença de *Streptococcus agalactia* e hemorragias.

No momento de admissão avaliávamos as condições do RN, como a hora de nascimento, o índice de Apgar, o sexo, o peso, as características e a hora da primeira mamada, bem como a presença da pulseira eletrónica de identificação, informando sobre a sua importância. Em seguida realizávamos a observação física do RN, nomeadamente a confirmação do sexo, a verificação da clampagem do coto umbilical, a observação dos movimentos respiratórios, o estado da pele, cabeça, fontanelas, genitais e reflexo de sucção, normalmente na presença pelo menos da puérpera, explicando os nossos achados, como sugere Sánchez e Pallas (2009).

### 3.1. Cuidados à puérpera

Após instalarmos a puérpera no seu quarto procedíamos à avaliação do seu estado físico e psíquico. Realizávamos a avaliação da pele e mucosas, mamas, abdómen, períneo, perda hemática, palpação do fundo uterino (para avaliar a sua contração), membros inferiores e sinais vitais, nomeadamente a TA, pulso, temperatura e dor e desta forma avaliar o seu estado hemodinâmico.

É espetável que nas primeiras 48 horas após o parto se verifique a presença de hipotensão ortostática, contudo estivemos alerta para uma queda significativa da TA por poder estar associada a hipovolémia por hemorragia. Também podem ser observados aumento da TA resultantes da administração de ocitocina ou vasopressores durante o trabalho de parto. De acordo com Néné et al. (2016) em puérperas com antecedentes de hipertensão arterial pode verificar-se a sua permanência numa primeira fase do puerpério, pelo que nestes casos reforçamos a sua vigilância. Um aumento de temperatura após o TP pode estar relacionado com os esforços expulsivos, pelo que apenas valorizávamos quando a temperatura era superior a 38°C (Lowdermilk e Perry, 2008).

A avaliação das características da mama e mamilo era realizada com o intuito de identificar possíveis riscos para a amamentação. Assim avaliávamos a presença de colostro, a constituição do mamilo, nomeadamente a sua proeminência ou inversão e a prevenção de lesões e a sensibilidade, temperatura, edema, aspeto e integridade da pele da mama. Era comum observarmos mamilos macerados e nestes casos e intervimos no sentido de incentivar a aplicação de algumas gotas de colostro no mamilo e aréola, devido às suas propriedades cicatrizantes e, sempre que possível, a secagem ao ar, com posterior aplicação de conchas e soutien de amamentação, e explicar a importância da posição correta do RN e da pega correta. Quando observávamos fissuras do mamilo sugeríamos a aplicação de lanolina diariamente, para além da aplicação de colostro após cada mamada, tal como preconizado em alguns estudos (Levy e Bértolo, 2012). O tipo de mamilo pode ser um fator dificultador da amamentação. Na prática observou-se que um mamilo proeminente e mole facilita uma pega correta do RN e nos casos de mamilos pequenos, planos, invertidos ou não protráteis após estimulação alguns RN tinham dificuldade em adaptar-se à mama. Nestes casos deve-se incentivar a amamentação o mais precocemente possível e permitir que o RN pegue do modo que ele preferir, desde que faça uma pega correta, para promover a formação do mamilo.

Um foco da nossa atenção era a perda sanguínea, pelo que identificávamos o risco de hemorragia a todas as puérperas (CIPE, 2017). Esta varia de acordo com o tipo de parto, considerando-se hemorragia pós-parto uma perda sanguínea superior a 500 ml após um parto vaginal, ou superior a 1000 ml após uma cesariana, nas primeiras 24 horas após o parto (SEGO, 2008). A CU é indispensável para que a involução uterina ocorra e para que o

útero regrida até ao seu local anatómico e favorece também a hemóstase do local de implementação da placenta. Uma das principais causas de hemorragia no pós-parto está relacionada com a incapacidade do útero se contrair, a atonia uterina, pelo que confirmar a involução uterina, através da palpação do globo de segurança de Pinard, foi uma das nossas intervenções, realizada pelo menos uma vez turno, segundo protocolo do serviço. Esta realiza-se mediante colocação de uma mão imediatamente acima da sínfise púbica e a outra ao nível do umbigo para estabilizar o útero. Com a mão que se encontra sobre a sínfise púbica, realizamos pressão em direção ao abdómen, até encontrar o fundo uterino (Graça, 2010).

De acordo com a OMS a hemorragia pós-parto é a principal causa de morte materna perinatal em países desenvolvidos, por isso, instruíamos as puérperas sobre sinais e sintomas de alarme, como perda de sangue repentina ou profusa, ou perda de sangue acompanhada de taquicardia e hipotensão e incentivávamos a contatarem de imediato os profissionais de saúde (NICE, 2014). Instruíamos igualmente a puérpera sobre a realização da massagem uterina como método de estimulação da CU em caso de atonia, uma vez que a mulher também deve conhecer os sinais de alerta para mais rapidamente resolver qualquer complicação (Beckmann, 2010). Como nos diz o foco autocontrolo que defende que a mulher deve deter a informação necessária para agir (CIPE, 2017).

São denominados lóquios às perdas sanguíneas, saída de muco e tecidos do interior do útero, durante o período puerperal. As suas características como o aspeto/cor, a quantidade e o cheiro eram avaliadas no exame inicial. Explicávamos igualmente a evolução das suas características ao longo do puerpério à puérpera para que esta detivesse o conhecimento necessário para alertar caso verificasse alguma alteração. Nos primeiros três dias os lóquios são constituídos por sangue, decídua e restos do trofoblasto, o que lhes confere cor vermelha e em quantidade abundante; do 3º ao 8º dias, tornam-se sero-hemáticos e são constituídos por sangue mais oxidado, soro, leucócitos e restos tecidulares; e do 8º dia até ao 21º dias tornam-se amarelados ou esbranquiçados e são constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bacterias (Castan e Homs, 2014). De salientar que o cheiro é suigénieris. É expectável que exista um aumento do fluxo aquando o levantar e deambulação, pela ação da gravidade e com a amamentação pela libertação de ocitocina.

Após a chegada da puérpera prestávamos os cuidados de higiene perineal e conforto no leito, com recurso a luvas limpas, água e sabão neutro, secávamos com compressas e colocávamos penso higiénico, que era mudado a cada 4 horas de acordo com a perda hemática e sempre que a puérpera referisse necessidade (OE, 2011; Graça, 2010). A higiene perineal deve ser realizada com água corrente, preferencialmente fria, e com um agente de limpeza que não irrite nem seque, não altere o manto lipídico, que mantenha o pH ligeiramente ácido, com ação refrescante e desodorizante, viscosidade adequada, capacidade espumante e ser compatível com as mucosas. A Universidade de Wisconsin



Madison School of Medicine and Public Health (2009, cit. por OE, 2011) defende que nas primeiras 24 horas pós-parto os cuidados vulvo-perineais devem ser realizados após cada micção e defecção. Outros autores, como a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012) defendem que o mais importante é a troca frequente do penso higiénico no máximo de 4 em 4 horas e de acordo com a perda sanguínea e características dos lóquios, de forma a manter o períneo limpo e seco, sendo que os cuidados de higiene devem ser realizados sempre após defecção e pelo menos uma vez dia, com recurso a água tépida e realizar a limpeza perineal de frente para trás sempre que a puérpera urinava ou evacuava (OE, 2011; Graça, 2010). Quando efetuada pelo enfermeiro, estes cuidados devem ser realizados com luvas limpas, com lavagem das mãos antes e após o procedimento e devem ser prestados em três momentos, no sentido ântero-posterior de forma a evitar a contaminação da região vulvar com bactérias provenientes da flora intestinal (OE, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008). Após as primeiras 24 horas, a puérpera deve realizar a higiene diária no duche e a higiene perineal após evacuar, com vista a prevenir infeções.

Aproveitávamos este momento para orientar, ensinar e instruir sobre os cuidados de higiene, nomeadamente sobre a importância da lavagem de mãos, que produtos de higiene usar, qual a frequência da lavagem e sobre a importância de manter o penso limpo e seco, bem como sobre os sinais de alarme, como perda hemática vaginal abundante, lóquios com mau cheiro, calor, rubor e dor, para recorrer ao serviço de urgência. Aproveitávamos o momento da prestação de cuidados de higiene perineal para vigiar o períneo, examinar a presença de ferida perineal, episiorrafia, laceração ou perineorrafia e o seu aspeto, bem como monitorizar a dor associada, através da escala numérica de dor.

A dor no pós-parto é vivenciada pela maioria das mulheres, no entanto a sua localização difere por exemplo do tipo de parto. Pode ser referida dor perineal resultante do trauma perineal, dor abdominal resultante da ferida cirúrgica em mulheres submetidas a cesariana, ou da amamentação e dor músculo-esquelética devido a TP prolongado ou posição adotada durante o parto. De acordo com Francisco, Oliveira e Santos (2011) a dor perineal está presente no primeiro dia pós-parto, independentemente do trauma perineal, em 92% das mulheres. Em caso de cesariana a dor abdominal é mais persistente e pode permanecer durante dois meses após o parto. Lages (2012) realizou um estudo que revela que 18% das mulheres referiam dor abdominal um ano após cesariana e 10% das mulheres referiram dor perineal após o parto vaginal. Era comum observar a existência de um sistema de infusão de analgesia contínua, o DIB, em puérperas submetidas a cesariana e nestes casos era importante o enfermeiro conhecer possíveis efeitos colaterais deste método como náuseas, vômitos, tonturas, parestesias e prurido (Garcia, 2006).

De facto, no puerpério a dor pode interferir no autocuidado e nos cuidados ao RN, comprometer o bem-estar e estar presente independentemente do tipo de parto, pelo que a sua monitorização foi uma intervenção ao longo do estágio. Para tal questionávamos a puérpera sobre a presença de dor assim que era admitida no internamento e regularmente

durante este, incentivando a puérpera a informar quando sentia dor. Como método de alívio da dor da ferida perineal procedíamos a aplicação de frio, nomeadamente gelo, durante 15 minutos, pelo seu efeito anti-inflamatório, diminuição do edema e sinais inflamatórios (Oliveira, 2009). Se após a aplicação de gelo a dor permanecesse presente procedíamos a administração de medicação analgésica de acordo com prescrição médica.

Outra queixa comum de dor depreendia-se da presença de hemorróidas que surgem normalmente pelo esforço realizado pela mulher durante o parto. Nestes casos para além do gelo era aplicada pomada anti-hemorroidária. De acordo com Fernandes e Camacho (2009) as hemorróidas podem ser internas ou externas e são estas últimas que necessitam ser tratadas, principalmente na fase de trombose aguda. Na fase subaguda, normalmente após 48 horas, a dor encontra-se em fase de alívio e a trombose em resolução, opta-se pelo tratamento conservador, que consiste em amolecer as fezes, administrar analgesia, aplicar frio e pomada anti-hemorroidária.

O método farmacológico de alívio da dor era implementado quando as medidas não farmacológicas não surtiam o efeito desejado e implica a administração de analgesia. De acordo com os protocolos do serviço era administrado 1g paracetamol oral e, se este não surtisse efeito, ibuprofeno 400mg oral, prática que vai de encontro ao defendido pelo National Institute for Health and Clinical Excellence (2017). Durante o percurso formativo a avaliação dos sinais vitais, a involução uterina, as características dos lóquios, o estado do períneo e o estado das mamas, era realizada uma vez turno e sempre que necessário.

As adaptações fisiológicas da gravidez mesmo sem fatores de risco favorecem um ambiente trombótico. De acordo com Nápoles e Couto (2011) a trombose venosa profunda é a principal causa não obstétrica de morbilidade materna, com uma contribuição importante na mortalidade materna. Por esta razão observávamos os membros inferiores das puérperas à procura de sinais e sintomas de infeção como rubor, calor e sensibilidade excessiva, pesquisa de sinal de Hoffman (forçar a dorsiflexão do pé) e incentivávamos a mobilização ativa dos membros inferiores e deambulação precoce, considerada a melhor medida preventiva contra o risco de tromboembolismo (NICE, 2014; Castan e Homs, 2014).

A técnica de primeiro levante era realizada a todas as puérperas, com avaliação da TA aos 45, 60 e 90 graus de elevação de cabeceira e sentada com pernas pendentes, era também avaliada a cor da pele e mucosas e o nível de consciência. Assim, pedíamos à puérpera para nos informar quando sentisse vontade de ir a casa de banho, realizávamos a técnica de primeiro levante e acompanhávamos a puérpera, com vista a supervisionar este momento pelo risco de hipotensão associado. Os tempos para a realização de levante dependem do tipo de parto. No CHVNG/E em caso de parto eutócico o primeiro levante era realizado após 2 horas e nos casos de cesariana era realizado 6 horas após o parto, momento em que se removia o cateter vesical. Durante este período incentivávamos a

puérpera a mobilizar os membros inferiores para promover a perfusão sanguínea e desta forma minimizar o risco de tromboembolismo.

Outro foco de atenção foi o “risco de retenção urinária” (CIPE, 2017), pelo que aproveitávamos o primeiro levante para vigiar a primeira micção pós-parto, nomeadamente as características da urina, a presença de dor, ardor ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e principalmente se a micção tinha sido espontânea, visto que a bexiga cheia pode dificultar a CU, aumentando o risco de hemorragia e de desenvolver infeções urinárias (Martins, 2014). De acordo com Cunningham et al. (2011) no puerpério imediato existe uma maior capacidade de distensão e menor sensibilidade à pressão intravesical, por parte da bexiga e ureteres, que permite acumular um maior volume de urina, resultante também da soroterapia realizada durante o TP e parto. É recomendado que a primeira micção pós-parto ocorra nas primeiras 6 horas, quando tal não se verificava avaliávamos a localização do útero e se este se encontrasse desviado da linha média e situado sobre o umbigo recorriamos a medidas de incentivo da micção como proporcionar um ambiente tranquilo, possibilitar a audição da queda de água e colocar água morna no períneo ou nas mãos, medidas que verificamos serem efetivas (Jonson, 2012). Caso não houvesse sucesso realizávamos uma algaliação intermitente. A tonicidade da bexiga é restabelecida cinco a sete dias após o parto e seu estado normal recuperado após o primeiro mês.

Outro diagnóstico identificado nas puérperas no momento de admissão era o “risco de obstipação” (CIPE, 2017), pela diminuição da tonicidade dos músculos intestinais observada durante o TP associada ao jejum prolongado, à desidratação e ao repouso da puérpera, tornam o puerpério um período de função intestinal alterada (Varela, 2007). Também verificamos que muitas puérperas adiam a evacuação por medo de causar deiscência da ferida perineal, ou pela dor associada à presença de hemorróides, pelo que explicávamos às puérperas que adiar podia provocar uma maior absorção de água no intestino, como consequência originar fezes mais ressecadas, ser necessário maior esforço e provocar maior mau estar (Cesar, 2011). Com vista a prevenir isto incentivávamos as puérperas a ter uma ingestão hídrica adequada e uma dieta rica em fibras, bem como promovíamos a deambulação, de forma a restabelecer a eliminação intestinal. Quando ao fim de 48 horas ainda não se tinha restabelecido a eliminação intestinal, por protocolo do serviço, eram fornecidos dois micro-enemas (Microlax), de forma a garantir que no momento da alta já todas as puérperas tinham restabelecido a eliminação intestinal.

A fadiga é um diagnóstico comum na puérpera no pós-parto devido ao esforço físico durante o TP e parto, e varia em função do tipo e duração do parto, da amamentação e componente psicológica. Esta define-se como uma emoção negativa associada a sentimentos de desgaste, diminuição de força ou resistência, cansaço mental ou físico e lassidão, que resulta na diminuição da capacidade de exercer trabalho físico ou mental (CIPE, 2017). Procurámos promover um padrão de sono e repouso de maneira a que as

puérperas descansassem o mais possível. Para tal optimizamos o ambiente físico, diminuindo a luz e o som, optimizamos a posição para a amamentação e em caso de exaustão materna o RN ficava ao nosso cuidado na sala de enfermagem. Desta forma prestamos cuidados de forma humanística, favorecendo a adaptação ao RN e ao período puerperal com segurança e conforto físico e emocional (Martins, 2013).

### **3.2. Amamentação**

A amamentação definida pela CIPE (2017) como o padrão alimentar ou ingestão de líquidos de uma criança com recurso a leite materno foi o foco que requereu mais atenção ao longo do estágio por ser o que suscitava mais dúvidas e receios por parte da puérpera/casal. Contudo a amamentação é muito mais do que apenas um padrão alimentar, uma vez que esta revela ser um fator importante na ligação mãe-filho, fomentando a consolidação do vínculo entre a díade (Rego, 2008).

O aleitamento materno traz benefícios para a díade. No RN está associado ao desenvolvimento sensorial, cognitivo e do sistema imunitário e tem efeito protetor a longo prazo contra a obesidade, algumas alergias, linfoma, diabetes, e doenças do aparelho digestivo e cardiovasculares (McDade, 2014). Como benefícios maternos observa-se a diminuição do risco de diabetes, cancro de mama e de ovário e benefícios psicológicos. Para além de ser um meio económico e acessível. A OMS recomenda que a amamentação seja exclusiva até aos 6 meses de idade e mantida como complemento da alimentação até aos 2 anos.

Levy e Bértolo (2012) revelam que mais de 90% das mulheres portuguesas iniciam a amamentação no serviço de puerpério, contudo cerca de metade desiste durante o primeiro mês. Esta prática pode estar relacionada com o fato da amamentação ser geradora de ansiedade e insegurança e poder gerar sentimentos de angústia e diminuição da auto-estima e autoconfiança. Assim compreende-se a importância do EESMO no apoio à amamentação e na disponibilização de informação para que a puérpera tome uma decisão fundamentada. De salientar que podem existir diversas razões de natureza psicológica, cultural ou mesmo física que condicionem a tomada de decisão (Ferreira, 2004). A decisão de amamentar, ou não, deve ser tomada pela puérpera e respeitada pelos profissionais, sendo disponibilizada informação sobre as opções disponíveis para que a puérpera possa tomar uma decisão informada, de forma a manter a sua saúde e bem-estar.

Um início precoce da amamentação, logo após o parto, está associado a um estabelecer mais facilitado, bem como uma maior duração da mesma. Esta primeira mamada deve ser espontânea, em contato pele a pele, quando mãe e RN estiverem relaxados (Forster e

McLachlan, 2007). Na sua maioria quando puérpera e RN davam entrada no serviço de puerpério a primeira mamada tinha ocorrido no bloco de partos. Quando tal não se verificava, esta era realizada após o acolhimento com auxílio/supervisão do profissional.

É comum observarem-se algumas dificuldades na amamentação pelo que para se conseguir sucesso é necessário que a mulher queira amamentar, a lactação esteja estabelecida e exista uma rede de suporte entre casal, família, comunidade e profissional de saúde (Levy e Bértolo, 2008). As primeiras 48 horas do puerpério são frequentemente de extrema labilidade emocional pela ambivalência de sentimentos, por um lado existe a alegria de ter um filho e a vontade de cuidar de todas as suas necessidades, por outro lado existe a fadiga e a necessidade de recuperação do pós-parto. Estas emoções afetam a lactação, pelo que o EESMO necessita apoiar a puérpera na adaptação e esta nova fase da vida por meio de conhecimentos, atitudes e habilidades (Brant, Affonso e Vargas, 2009). De acordo com Arenas (2012) a prestação de cuidados por parte de EESMO durante o internamento de puerpério resulta num maior nível de conhecimento sobre aleitamento materno por parte das puérperas, maior segurança no seu início e manutenção e consequentemente na maior duração do aleitamento. Compreendemos portanto que a atuação do EESMO é fundamental na promoção da amamentação. Contudo nem todas as puérperas querem amamentar pelo que questionávamos sempre qual o desejo da puérpera/casal e após devidamente informado, se decidissem não querer amamentar providenciávamos inibidores de lactação mediante prescrição médica e oferecíamos ao RN leite adaptado, bem como apoiávamos e instruíamos a puérpera/casal sobre a preparação, o volume necessário e a frequência das mamadas.

As dificuldades no início da amamentação são frequentes, principalmente em primíparas. No entanto também algumas múltiparas, com experiência anterior, referiam algumas dificuldades pelo que questionávamos se a experiência anterior tinha sido positiva, se havia ocorrido insucesso e qual o possível motivo, bem como as dificuldades sentidas. Assim procurávamos potenciar o conforto e a confiança na capacidade da puérpera amamentar, informar que o aleitamento materno era a melhor forma de alimentação para o RN, bem como abordar possíveis dificuldades que pudessem surgir, com vista a preparar a puérpera para possíveis complicações e assim não defraudar as expectativas da puérpera e não comprometer a amamentação (Galvão, 2006; Lowdermilk e Perry, 2008).

Uma dúvida frequente relacionava-se com a produção de leite suficiente para as necessidades do RN. Nestes casos informávamos que o leite era produzido na quantidade necessária para o RN, fora raras ocasiões, quando a pega era correta. Descrevíamos os sinais de uma boa pega, avaliávamos a mamada e se necessário a posição e a técnica. De acordo com Castan e Homs (2014) é necessário um ambiente tranquilo e confortável, luz fraca durante a noite e a puérpera em posição confortável e relaxada para que a técnica de amamentação seja correta. Assim incentivávamos a puérpera a adotar a posição deitada em decúbito lateral nas primeiras horas após o parto vaginal, pela dor perineal, e

após cesariana em decúbito dorsal. A posição de sentada para amamentar era incentivada após realizado o primeiro levante e caso a puérpera se sentisse preparada, adotando uma postura e alinhamento correto. Informávamos também a puérpera/casal sobre a duração e frequência das mamadas, cerca de 10 a 12 mamadas em 24 horas nos primeiros dias, recomendávamos deixar o RN encontrar o seu ritmo, terminando a mamada espontaneamente.

Outra dúvida frequente estava relacionada com a alimentação durante a amamentação, nomeadamente o que se pode e não comer. Nestes casos encorajávamos as puérperas a manter os hábitos de alimentação saudáveis da gravidez, com um regime alimentar variado e equilibrado e, no que toca à ingestão de líquidos, recomendávamos a ingestão de pelo menos 2 litros de água por dia e evitar o consumo de bebidas estimulantes como o chá verde e preto e o café.

Relativamente à vigilância da mama, verificamos a proeminência ou inversão do mamilo e a presença de gretas ou fissuras. Como método de prevenção de fissuras incentivamos a aplicação de colostro após a mamada, para hidratação do mamilo e caso já houvesse greta avaliávamos a mamada, corrigíamos se necessário a técnica de amamentação e recomendávamos a aplicação tópica de creme a base de lanolina (PureLan100) na zona afetada. Caso o mamilo fosse invertido ou plano, informávamos que estes não são contraindicação para amamentar, mas que seria necessário mais ajuda e paciência para estabelecer uma técnica correta. Caso verificássemos que o RN tinha grande dificuldade a iniciar a mamada sugeríamos o uso de mamilo de silicone.

### **3.3. Cuidados ao Recém-nascido**

A maioria das intervenções de enfermagem durante o internamento de puerpério procuram facilitar a transição para a parentalidade, com o intuito de ensinar, instruir, treinar e capacitar os pais para os conhecimentos e habilidades necessárias para os tornar autónomos no cuidado ao RN, bem como ajudar na integração de um novo membro na família (Martins, 2013). É essencial que a prestação de cuidados ao RN seja de qualidade com vista à redução da morbilidade neonatal e infantil e promoção da sua qualidade de vida. É importante referir que a promoção da parentalidade transmite confiança e autonomia aos pais para a realização do novo papel. Cardoso (2011) defende que a aquisição de competências e habilidades é mais social e cognitivo do que intuitivo. O processo de dotar a mulher/casal dos conhecimentos e competências necessárias para cuidar do filho deve ser iniciado mesmo antes do nascimento para desenvolver a confiança, satisfação e mestria dos futuros pais e neste ponto a intervenção do EESMO é essencial como facilitador deste processo.

Ao longo do estágio tivemos como objetivo estar disponíveis e presentes para facilitar a aquisição de conhecimentos e competências necessárias, bem como assistimos e supervisionamos a puérpera/casal nos cuidados básicos ao RN, nomeadamente na lavagem de mãos antes e após contato com RN, banho, limpeza do coto umbilical e mudança da fralda. Pudemos constatar que os pais com maior nível de conhecimento e habilidades tinham frequentado cursos de preparação para o parto e parentalidade e tinham mais facilidade em tornar-se autônomos nos cuidados ao RN. De salientar que antes de realizar qualquer ensino era necessário avaliar a consciencialização dos pais e a sua disponibilidade para apreender, pois sem estas duas a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento dos conhecimentos e habilidades fica comprometida.

Dos procedimentos que mais ansiedade despertava na puérpera/casal era o banho. Embora no CHVNG/E o banho fosse realizado no período da manhã, sobre supervisão da puérpera, visto que o serviço não dispunha dos meios estruturais necessários para treinar o banho com a puérpera/casal, durante o período da tarde, uma vez que o pai também estava presente, demonstrávamos o procedimento e encorajávamos a que treinassem para desenvolverem segurança. Relembrávamos a importância da gestão do ambiente aquando a realização dos cuidados de higiene no domicílio, nomeadamente a temperatura próxima do 24°C, longe de janelas ou locais com correntes de ar, preparar a água a cerca de 36/37°C, com cerca de 10 cm de altura, reunir previamente todo o material necessário (toalha, fralda, muda de roupa com as molas abertas, compressas esterilizadas e soro fisiológico) e dispô-lo pela ordem de utilização, de maneira a nunca deixar o RN sozinho, evitando assim o risco de afogamento, e informávamos que o banho deve ter uma duração inferior a 5 minutos, de forma a prevenir a hipotermia (Cannizzaro e Paladino, 2011; Beck et. al., 2004). Explicávamos igualmente que no domicílio o horário do banho deve depender da reação do RN, normalmente sendo mais vantajoso realizá-lo no final do dia, caso o RN ficasse relaxado. Recomendávamos também que o banho fosse realizado duas vezes por semana, uma vez que o banho diário, pela fragilidade cutânea, não está aconselhado, até o bebé começar a gatinhar (Fernandes, Machado e Oliveira, 2011).

Após preparação do material e ambiente verificávamos a fralda, uma vez que, caso esta esteja suja, o banho deve ser iniciado pela higiene da região perineal, caso a fralda esteja limpa o banho é realizado no sentido céfalocaudal e esta zona é a última a ser lavada. Assim, por norma começámos por lavar a cabeça, tronco, membros e terminávamos na região perineal. Após o banho a secagem do RN era realizada através de toque, assegurando que ficava bem seco, com especial enfoque nas zonas de pregas cutâneas (Guia de pratica clinica de atencion en el embarazo y puerpério, 204; Cardoso, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008). Verificamos que as maiores dificuldades da puérpera/casal foram a posição para segurar o RN, a rotação para lhe lavar a região dorsal e a lavagem dos olhos, que realizávamos com soro fisiológico e compressa individualizada para cada olho do canto interno para o externo (Johnson e Johnson, 2013), pelo que prestávamos

especial enfoque nestes e reforçávamos o treino destas habilidades, até que se sentissem mais seguros e confortáveis.

Outra dúvida frequente relacionava-se com o uso de shampoo e outros artigos de higiene do RN. Nestes casos recomendávamos a utilização apenas de água no banho durante o primeiro mês de vida, por não originar alterações cutâneas no RN, isto porque a sua pele tem uma elevada sensibilidade e permeabilidade e o uso de produtos como perfumes, colónias, loções, cremes, óleos e pós podem ter efeitos tóxicos (Cardoso, 2011). Caso a puérpera/casal revelasse querer adquirir produtos de higiene, aconselhávamos produtos de pH neutro, sem corantes nem perfumes como os “sabões sem sabão” e de preferência da mesma marca para caso o RN fizesse reação, ser mais fácil descobrir a causa (Fernande, Machado e Oliveira, 2011).

A troca de fralda foi uma atividade desenvolvida pelos pais com frequência durante o internamento. Esta era supervisionada até que fosse realizada corretamente e com segurança, tendo por base os cuidados inerentes. De acordo com Johnson e Johnson (2013) o uso excessivo de toalhetes de limpeza pode remover a camada lipídica da pele do RN e causar irritação/toxicidade cutânea, pelo que recomendávamos moderação na sua utilização, privilegiando o uso de “compressas tecido não tecido” e água morna. Muitos pais questionavam sobre o uso de cremes de barreira para prevenção de eritema de fralda, uma afeção cutânea comum nos primeiros anos de vida. Nestes casos explicávamos que o melhor método de prevenção é manter a pele limpa e seca, uma vez que o eritema de fralda é causado pela humidade resultante de uma má secagem e o contato com urina e fezes (Fernandes, Machado e Oliveira, 2009). Assim, a aplicação de cremes de barreira à base de vitamina A e D e óxido de zinco eram apenas recomendados quando existiam sinais de dermatite como rubor, calor e erupção cutânea (Johnson e Johnson, 2013).

Relativamente aos cuidados ao coto umbilical, estes são realizados com o objetivo de prevenir a infeção e promover a sua cicatrização. Na forma de cuidar sugerida foi tida em consideração o nível socioeconómico e educacional da puérpera/casal, assim quando as condições de higiene eram mais escassas recomendávamos o uso de clorexidina a 4% e nos restantes casos sugeríamos a utilização de água e sabão, ou “dry care”, que preconiza que o mais importante é manter o coto umbilical limpo e seco (Castan e Homs, 2014). Explicávamos que o procedimento não causa dor ao RN, uma vez que era tecido sem terminações nervosas e que o seu desconforto estava associado ao contato de líquido frio na pele circulante. Informávamos igualmente sobre o processo de cicatrização, com a queda normalmente a ocorrer entre o 8º e o 14º dia e sinais de infeção como rubor, calor, odor e exsudato purulento, para que a puérpera/casal estivessem dotados dos conhecimentos necessários para despistar sinais de alarme e recorrerem aos cuidados de saúde pediátricos quando apropriado.



Outro gerador de ansiedade para a puérpera/casal era o momento de avaliação do peso, realizado antes do banho ao RN, nomeadamente a perda de peso. Assim informávamos os pais que perder até 10% do peso à nascença é considerado normal, mas que ao 14º dia é expectável que o peso já esteja recuperado, e que se a ingestão alimentar for adequada às necessidades do RN este apresentará uma boa coloração e tonicidade, bem como um correto padrão de eliminação intestinal e vesical (entre 3 a 4 dejeções e 6 a 8 micções por dia) (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011). Uma das intervenções de enfermagem realizada todos os turnos era a vigilância intestinal e vesical, pois para além de indicar uma amamentação eficaz, quando o RN não urina nem evacua nas primeiras 24 horas, pode ser sinal de ingestão insuficiente ou má adaptação ao meio extrauterino, pelo que vigiávamos sinais de distensão abdominal, bem como a mamada (Beck et al., 2004).

Relativamente ao erutar era após a mamada o momento privilegiado para avaliar o conhecimento e habilidades da puérpera/casal, nomeadamente o conhecimento sobre os benefícios e o posicionamento para erutar e a habilidade da puérpera/casal para posicionar o RN e promover a erutação. Constatamos que não existiam grandes lacunas de conhecimento e habilidade sobre esta temática e verificamos que a posição utilizada maioritariamente era a vertical, segurando o bebé nas nádegas e cabeça encostado no ombro, dando palmadinhas suaves ou esfregando as costas (Cardoso, 2011).

O choro do RN é provavelmente o principal gerador de stress e ansiedade para a puérpera/casal, por ser associado ao mau estar e ao não conseguir dar resposta às necessidades do seu bebé. O RN chora para expressar uma necessidade e é capaz de produzir cinco tipos de choro diferentes, o choro tipo cólica, o choro de fome, o choro de tédio, o choro de fadiga e o choro por desconforto. No início não é fácil distinguir os tipos de choro, no entanto com o tempo e interação a puérpera/casal vão reconhecer os tipos de choro e saber dar resposta às necessidades. A maior parte das puérperas/casais não demonstravam conhecimento sobre os diferentes tipos de choro do RN, mas sabiam estar associado a um mau estar e procuravam colmatá-lo. Para além do choro é necessário informar a puérpera/casal sobre a importância de estar atento à expressão corporal que se encontra associada ao tipo de choro. Por exemplo: ao choro tipo cólica associam-se os pulsos cerrados, movimentos intensos dos membros superiores, flexão dos membros inferiores contra o abdómen, costas arqueadas, abdómen distendido e tenso, agitação e irritabilidade (Seabra, 2009). Ao longo do estágio desenvolvemos intervenções no sentido de auxiliar a puérpera/casal a deter o conhecimento necessário para reconhecer o tipo de choro e nas habilidades/estratégias para lidar com as diferentes necessidades do RN. Quando o choro é de dor é preciso procurar a causa da dor, para tal podemos pressionar levemente as diferentes partes do corpo à procura do foco de dor. Quando se verifica o choro do tipo fome a puérpera deve alimentar o RN. Quando o choro é de fadiga a puérpera/casal devem procurar um ambiente calmo, falar calmamente com o RN, colocar

música tranquila e andar com o bebé ao colo de um lado para o outro calmamente. Quando o choro é de tédio pode-se pegar no RN ao colo e brincar, acariciar, falar com ele com voz calma. Quando o choro é de desconforto pode ser necessário trocar a fralda ao RN. Avaliávamos igualmente o conhecimento da puérpera/casal sobre os fatores de risco e sinais de cólica/síndrome de cólica, estratégias para alívio da dor abdominal, as habilidades para confortar o RN e implementação de medidas para alívio da dor abdominal. Foi possível constatar que a maioria não demonstrava conhecimentos nem habilidades para lidar com as cólicas do RN. Com vista a auxiliar a puérpera/casal ensinamos, instruímos e treinamos algumas estratégias de conforto como segurar o RN, estimular o reflexo de sucção, realizar massagem abdominal, colocar música calma e praticar a técnica dos 5S's de Harvey Karp (Cardoso, 2011).

Durante o período formativo no serviço de puerpério colaboramos na realização do rastreio de cardiopatias congénitas, realizada após as primeiras 24 horas de vida, com recurso a oxímetro de pulso. Este procedimento era efetuado através da avaliação da frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio, no pé previamente aquecido, com o RN acordado e calmo (Morais e Mimoso, 2013). Antes de realizar o rastreio pedíamos autorização à puérpera/casal, explicávamos o motivo da sua realização e que era um procedimento rápido e indolor. Quando a saturação de oxigénio era inferior a 95% comunicávamos ao pediatra e o RN permanecia em observação. Também informávamos sobre o esquema do plano nacional de vacinação e que o seguimento seria realizado na Unidade de Saúde Familiar a que pertenciam. No serviço era administrada a primeira dose da vacina contra a hepatite B, caso o RN tivesse peso superior a 2 Kg (DGS, 2016). Informávamos também que a vacina BCG era administrada dependendo da zona de habitação e que a sua administração seria realizada na Unidade de Saúde Familiar correspondente.

### **3.4. Preparação para o regresso a casa**

O internamento no serviço de puerpério tem em média uma duração de 48 horas em caso de parto vaginal e 72 horas nas cesarianas, caso não se verifiquem complicações associadas. Como referido anteriormente o período de puerpério não termina no momento da alta hospitalar, pelo que é necessário ao longo do internamento preparar a puérpera/casal para o regresso a casa para que o restante puerpério decorra dentro da normalidade. Assim procuramos dotar a puérpera/casal do conhecimento e habilidades necessárias para lidar com as mudanças físicas, psicoafetivas e sociais e desta forma torná-los capazes de cuidar o RN.

No dia de alta, caso o parto tivesse sido por cesariana, era realizado o penso da ferida cirúrgica, momento que aproveitávamos para relembrar a puérpera da necessidade de se deslocar à Unidade de Saúde Familiar 8 a 10 dias após o parto para remoção do material de sutura. Aquando o parto por via vaginal sugeríamos que recorressem à Unidade de Saúde Familiar para observação. Orientávamos também a puérpera/casal a realizar a consulta de revisão do puerpério, entre a 4ª e 6ª semana pós-parto, para avaliação da involução uterina e para iniciar um método de contraceção se assim o desejassem.

O reiniciar da atividade sexual é uma questão colocada com alguma frequência, nomeadamente quando formada a relação de ajuda. Atualmente não existe consenso sobre o tempo para reiniciar a atividade sexual, pelo que sugeríamos que fosse restabelecida apenas quando a mulher se sentisse confortável para tal. De acordo com McDonald e Brown (2013) as puérperas não devem reiniciar a atividade sexual vaginal antes das 6 semanas após o parto, independentemente do tipo de parto. Relativamente aos métodos de contraceção estes são diversos e deve ser analisado com a puérpera/casal os diferentes tipos para que estes tomem uma decisão consciente e informada antes de reiniciarem a atividade sexual. Enquanto a mulher amamenta o método de contraceção mais utilizado é a pílula progestativa. Nestes casos explicávamos que esta poderia ser adquirida na Unidade de Saúde Familiar e também alguns cuidados, nomeadamente iniciar a pilula no 21º dia após o parto, tomar sempre à mesma hora, sem intervalos, que poderia não ser menstruada ou ter spotting e caso ocorresse esquecimento deveria ser utilizado um método de barreira como o preservativo. Este método era também sugerido quando a puérpera não sabia que método escolher, pois, principalmente se não amamentar com regularidade e frequência a ovulação pode ocorrer antes do primeiro mês após o parto (Lowdermilk e Perry, 2012).

O armazenamento e conservação do leite foi outra temática abordada na preparação para o regresso a casa, pelo que instruímos sobre a sua congelação e armazenamento em sacos plásticos, para curtos períodos (72 horas) e para períodos de tempo alargados, em recipientes de plástico rígido ou vidro com tampa. Orientávamos para uma descongelação lenta, no frigorífico e desaconselhávamos o uso de microondas, por quebrar as moléculas do leite (Hands, 2003). Este conhecimento tornava-se útil principalmente a partir do 3º/4º dia pós-parto quando se dava a “subida do leite”, com um aumento significativo da sua produção, e desta forma prevenir complicações como o ingurgitamento, a obstrução de ductos lácteos ou a mastite.

O Diagnóstico Precoce ou teste do pezinho é realizado entre o 3º e o 6º dia de vida, com o intuito de rastrear doenças metabólicas através da amostra de sangue colhida numa picada realizada na região externa do calcanhar do RN. Este era realizado no hospital se a puérpera e/ou RN ainda estivessem internados, caso contrário encaminhávamos a puérpera/casal à Unidade de Saúde Familiar para que a enfermeira de família realizasse o procedimento. Antes de o realizar explicávamos a sua importância e em que consistia o

procedimento e esclarecíamos as dúvidas colocadas de modo a diminuir o desconforto e ansiedade do casal. No final entregávamos à puérpera o código para verificar o resultado e informávamos que o resultado demorava algum tempo a ser divulgado, mas se fosse detetado alguma alteração entrariam rapidamente em contato com a família.

No CHVNG/E a saída do RN era permitida após verificar o dispositivo de transporte do RN, que em todos os casos a sua homologação de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, e treinar com a puérpera/casal a colocação do RN e a adequada colocação dos cintos de segurança, nomeadamente verificávamos se estava ajustada ao tamanho do RN, com os cintos de segurança devidamente ajustados e informávamos que a cadeira deve ser colocada no banco traseiro voltada para a retaguarda, fazendo um ângulo de 45° com o encosto e que deve ir fixa com o cinto de segurança do automóvel devidamente colocado (DGS, 2010). No momento de alta era entregue a carta de enfermagem dirigida à enfermeira de família onde constava toda a informação considerada pertinente, bem como as principais dificuldades e necessidades de assistência, desta forma promovendo a continuidade de cuidados.

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA

A prática reflexiva é a capacidade de avaliar ações e experiências individuais e consequentemente desenvolver e aperfeiçoar o conhecimento clínico, tornar os profissionais mais autônomos, críticos e avançados e reforçar o profissionalismo (Caldwell e Grobbel, 2013). A prática clínica proporciona o contato com diferentes realidades, a interação com uma equipa multidisciplinar e consequentemente o contato com situações de confronto e resolução de problemas, o que permite o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo com base na integração de conhecimentos e uniformização de práticas e desta forma promover a tomada de decisão e a autonomia na prestação de cuidados especializados.

Ao analisar de forma refletida o percurso realizado durante a unidade curricular “Estágio Profissionalizante” salientamos que a elaboração do presente relatório de estágio, bem como a investigação sobre a episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves revelaram-se um bom método para a aquisição de conhecimentos e competências e para o desenvolvimento profissional e pessoal.

De acordo com o Regulamento de competências específicas do EESMO (OE, 2011), o EESMO tem uma vasta área de atuação desde a implementação de cuidados durante a gravidez saudável e de risco, a preparação e acompanhamento do casal na vivência da gravidez e parentalidade, no acompanhamento do casal na preparação para o parto, na prestação de cuidados durante o TP, até ao cuidar a puérpera/casal e RN nos primeiros dias, durante o internamento. Desta forma, ao longo do estágio, prestamos cuidados individualizados a gestantes com e sem complicações, a parturientes durante o TP e parto, a puérperas e RNs com e sem fatores de risco e orientamos sempre no sentido de promover a autonomia e assim auxiliar no desenvolvimento da parentalidade, sem esquecer o contexto familiar, social e cultural, adotando a perspetiva do modelo centrado na pessoa de McCormack et al. (2015). Para tal foi necessário recorrer às competências adquiridas ao longo da formação académica e recontextualizar saberes com recurso às diferentes disciplinas, como a investigação em enfermagem, obstetrícia, trabalho de parto e pós-parto, psicologia da gravidez e maternidade, socioantropologia da maternidade e da família, gravidez e a adaptação à parentalidade, os cuidados ao recém-nascido, farmacologia ou a monitorização biofísica fetal.

Ao longo do percurso procurámos sempre cuidar de acordo com a evidência científica atualizada e recorreremos à investigação científica para justificar as intervenções realizadas e contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, com conhecimentos próprios. Assim com o decorrer do percurso formativo associamos a formação teórica com

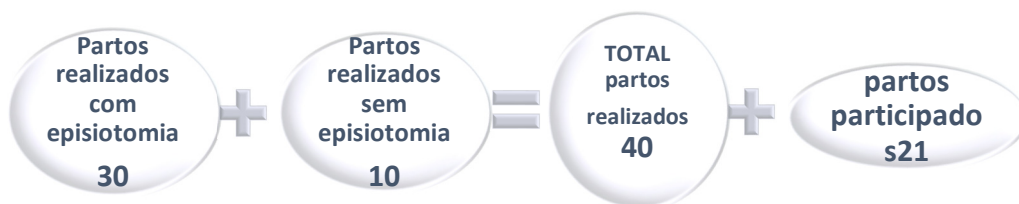
a experiência profissional e, gradualmente, atingimos o nível de conhecimento desejado e as competências exigidas. Também a reflexão coadjuvada com o modelo centrado na pessoa contribuiu para que as competências técnico-científicas nos ajudassem a cuidar de forma culturalmente congruente, tendo em conta a singularidade da mulher/casal.

A aquisição e o desenvolvimento de competências do EESMO foram sustentados pelo Regulamento de Competências Específicas do EESMO, publicado pela OE. De acordo com o exposto e as exigências da diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de março, foram cumpridas as orientações no que concerne ao número de experiências exigidas na assistência a 100 grávidas; prestar cuidados a 40 parturientes; executar 40 partos eutócicos ou, caso não seja possível, 30 partos eutócicos e 20 partos assistidos; participar em partos de apresentação pélvica ou simulação em contexto de aula; executar episiotomia e episiorrafia/perineorrafia; vigiar e prestar cuidados a 40 grávidas em situação de risco, antes e depois do parto; vigiar e prestar cuidados a 100 puérperas e RNs saudáveis; observar e prestar cuidados a RNs de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico. Com base no supramencionado consideramos que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram atingidas. Sendo que a vigilância de mais 110 grávidas saudáveis foi concretizado no estágio de vigilância de gravidez e preparação para a parentalidade do primeiro ano do MESMO.

No sentido demonstramos as experiências vivenciadas e as competências atingidas, ao longo do estágio, que vão de encontro às exigências da Diretiva de 2005/36/CE, apresentamos em seguida, sob a representação de figuras, referência às grávidas cuidadas, aos partos realizados e participados, às puérperas cuidadas e aos RN cuidados, respetivamente.



**Figura1** - Grávidas cuidadas ao longo do estágio



**Figura 2** - Partos executados e participados



**Figura 3** - Puérperas cuidadas ao longo do estágio



**Figura 4** - RN cuidados ao longo do estágio

Ao longo de todo o percurso formativo foram múltiplas as situações que proporcionaram momentos de reflexão e contribuíram para a aprendizagem e crescimento. Nomeadamente no módulo “Gravidez com complicações” consideramos que intervenções do foro autónomo do EESMO como proporcionar suporte emocional, disponibilidade para escutar, apoiar a grávida e família na adaptação a uma condição de gravidez de risco, com vista a minimizar sentimentos de ansiedade, angústia e stress, careciam de maior desenvolvimento, muito provavelmente pelo rácio de profissionais não ser o ideal para desenvolver adequadamente um suporte emocional e apoio eficaz para a grávida e família. Pelo que ao longo do estágio procurámos demonstrar sempre disponibilidade para escutar a grávida e família e

incentivámos a realização de atividades lúdicas geradoras de prazer, desde que possibilitadas pelo estado clínico, e desta forma minimizar os efeitos negativos do internamento. Também realizamos pequenas sessões informativas informais, em pequenos grupos ou individuais, sobre temas que verificámos serem geradores de maior ansiedade ou sobre os quais observamos menor nível de conhecimento, como amamentação, TP e parto, cuidados ao coto umbilical, entre outros, com vista a colmatar dentro das possibilidades, algumas lacunas de conhecimento e diminuir níveis de ansiedade, tornando o período de internamento um pouco mais dinâmico.

Relativamente ao módulo TP e parto, as competências desenvolvidas superaram as nossas expectativas. Realizar os 40 partos eutócicos e mais de 20 assistidos permitiu desenvolver o conhecimento, as competências e as habilidades necessárias para prestar cuidados neste período tão importante do ciclo de vida. Sempre que possível acompanhámos a parturiente desde o momento de entrada até ao momento de transferência para o serviço de puerpério, mesmo que para tal fosse necessário permanecer no serviço após a mudança de turno, uma vez que acreditamos que a continuação de cuidados é uma mais valia que deve ser valorizada, pelos efeitos positivos na relação entre profissional e parturiente/família, no estabelecer de uma relação de ajuda e consequentemente na promoção do empoderamento e autonomia.

Durante o módulo de puerpério a promoção da amamentação foi uma atividade que despertou em nós alguma preocupação no sentido de ajudar as mães a ultrapassar as dificuldades sentidas. Esta foi a principal dificuldade referida pelas puérperas, bem como a que causava mais ansiedade, pelo que nos disponibilizamos a recontextualizar saberes e a dotar de conhecimentos, a instruir e ajudar, adotando estratégias que potencializassem o seu empoderamento e a sua autonomia. Procuramos estar sempre disponíveis e assim aumentar a confiança e segurança da puérpera e, desta forma, facilitar a transição para a parentalidade. Constatamos que um maior apoio por parte do EESMO diminuía os níveis de insegurança da puérpera e aumentava a sua autonomia.

Assim consideramos que o processo reflexivo contribuiu para o nosso crescimento profissional e pessoal e possibilitou o domínio de conhecimentos e competências para cuidar em saúde materna e obstétrica. Este foi uma experiência que apesar das dificuldades próprias na aquisição e desenvolvimento das competências se revelou extremamente gratificante e positiva e foi o realizar de um projeto profissional e um sonho pessoal.



## CONCLUSÃO

Neste relatório são salientadas as competências que no decorrer deste estágio foram adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados especializados à mulher/família a vivenciar processos de saúde/doença obstétrica e/ou ginecológica.

Pretendemos que traduza o resultado do processo de reflexão e análise das competências e habilidades desenvolvidas, ao longo da prática. Que, para além da preocupação em promover cuidados de qualidade e culturalmente competentes, suportamos as nossas práticas em evidências científicas, no sentido de otimizar os processos fisiológicos, de forma a diagnosticar e prevenir precocemente situações que pudessem afetar a saúde e o bem-estar da mulher/família e RN, face a uma experiência vivida que se pretendeu que fosse o mais positiva possível. Ou seja, que este permita identificar as atividades que auxiliaram o desenvolvimento pessoal, os fatores que influenciaram o desempenho, as necessidades e as expectativas e assim ser um método de autoavaliação do percurso realizado (Loff, 1999).

O percurso formativo para aquisição do título de EESMO assentou na premissa de que os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção promover o projeto de saúde da mulher, durante todo o ciclo de vida reprodutivo, inserida num ambiente familiar, social, cultural, político e económico (Regulamento n.º 127/2011).

Ao longo de todo o estágio priorizamos a continuidade de cuidados individualizados de acordo com as necessidades da mulher/casal, com recurso a modelos estruturados, nomeadamente ao modelo centrado na pessoa de McCormack et al. (2015). Com o objetivo de cuidar de forma personalizada e desenvolver práticas emancipatórias empoderando a mulher/casal, no sentido de os capacitar para a tomada de decisão consciente, em relação à transição situacional em que se encontravam.

Durante o estágio de gravidez com complicações cuidamos grávidas com diversas patologias sendo a APPT e a RCIU as mais comuns. No estágio de TP e parto a prestação de cuidados específicos esteve associado aos diferentes estadios, período de dilatação, período expulsivo, dequitação e período de hemóstase. No estágio de puerpério foram prestados cuidados específicos a puérperas/casais e RN, durante o internamento, com enfoque na promoção do autocuidado e cuidado ao RN, incentivo à amamentação e apoio à família.

O curso de MESMO da ESEP ofereceu-nos, para além da aquisição e desenvolvimento de competências na área de saúde materna e obstetrícia, a oportunidade de desenvolver o

conhecimento no âmbito da investigação, o que é fundamental na progressão da Enfermagem enquanto ciência do conhecimento.

No que diz respeito à PBE, embora tenhamos atingido os objetivos iniciais, nomeadamente verificar e reflectir sobre práticas de acordo com a evidência científica mais recente e fundamentar a tomada de decisão sobre um tema controverso, na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, os resultados deste relatório mostram que existe necessidade de realizar mais estudos de investigação com vista a resultados mais consistentes e assim promover ganhos em saúde. Para tal, consideramos que os desafios para futuras pesquisas estão relacionados com o maior investimento em estudos com alto nível de evidência, como o desenvolvimento de revisões sistemáticas que assegurem a prática clínica baseada na evidência. Consideramos, também, que é adequado continuar a investigar de forma a vincular a prática de cuidados às relativas evidências científicas e a ampliar o conhecimento científico, para capacitar e empoderar os enfermeiros de forma a problematizar as práticas, de acordo com a PBE e investigação, e assim contribuir para cuidados mais eficazes, seguros e de qualidade para todos as utentes que vivenciam um processo de maternidade e suas famílias.

Ao analisar os resultados obtidos dos estudos selecionados, embora exista controvérsia sobre a utilização da episiotomia como estratégia de prevenção de lacerações perineais graves, todos os estudos são claros ao referir que a episiotomia deve ser realizada de forma seletiva e não por rotina. Muitos estudos apontam fatores, como a paridade e o peso ao nascer, entre outros, como fatores de risco de lacerações perineais graves, pelo que a prática da episiotomia, pelos profissionais, pode estar associada à presença dos mesmos.

Desta conclusão resulta que, embora não seja possível delinear uma prática standartizada, os resultados obtidos constituem um contributo para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no sentido em que pode auxiliar o EESMO na tomada de decisão e no desenvolvimento de práticas de acordo com a evidência científica mais recente.

Este foi um percurso que realizamos sob um desafio fascinante, mas também em que surgiram alguns constrangimentos. As dificuldades sentidas estiveram relacionadas com falta de experiência nesta área específica e a adaptação a novos locais e realidades. Contudo, podemos afirmar que os momentos de desânimo foram superados com êxito, pela motivação, empenho e esforço, associados às competências e conhecimentos das tutoras e disponibilidade sempre demonstrados por toda a equipa multidisciplinar do CHVNG/E, bem como ao auxílio da orientadora de estágio, que progressivamente nos ajudaram a ganhar autoconfiança e a autonomia necessária para atingir com êxito as competências. Pois podemos afirmar que tivemos uma participação ativa, empenhada e assídua no estágio, com interesse pelo desenvolvimento de intervenções nos diferentes campos de estágio.

Desde cedo todo o processo de gravidez, parto e parentalidade despertaram o nosso interesse. Podemos então dizer que o presente relatório, bem como todas as etapas de

aquisição de conhecimentos, habilidades e competências, culmina na concretização de um sonho que vemos agora, finalmente, como uma realidade.

Como balanço final de toda a experiência, identificamos algumas etapas fundamentais para o sucesso: o conhecimento adquirido ao longo do percurso acadêmico, a contextualização do saber, as experiências vivenciadas, a procura da melhor e mais recente evidência científica e a motivação e empenho constantes, todos estes essenciais para a prestação de cuidados de excelência à mulher, RN e família.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFSHARI, et al. Management of third stage labour following vaginal birth in Iran: A survey of current policie. Midwifery. 2014, nº30, pp.65-71

AIGMUELLER, et al. Guidelines for the management of third and fourth degree perineal tears after vaginal birth from the Austrian Urogynecology. International Urogynecology Journal. [Em linha]. 2013. Vol.24, nº 4, pp. 553-558. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0fca/ae99723a54c25008c67d6d2da9138a4cfbf8.pdf>

ALCOLEA e MOHAMED. Guía de cuidados en el embarazo: consejos de su matrona. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2011.

ALFIREVIC, DEVANE e GYTE. Comparing continuous electronic fetal monitoring in labour (cardiotocography, CTG) with intermittent listening (intermittent auscultation, IA). Cochrane Database Of Systematic Reviews. [Em linha]. 2013. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD006066/PREG\\_comparing-continuouselectronicfetal-monitoring-in-labour-cardiotocography-ctg-with-intermittent-listeningintermittentauscultation-ia](http://www.cochrane.org/CD006066/PREG_comparing-continuouselectronicfetal-monitoring-in-labour-cardiotocography-ctg-with-intermittent-listeningintermittentauscultation-ia)

ALMEIDA e RIESCO. Ensaio clínico controlado aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto [Em linha]. Ribeirão Preto: Rev. Enfermagem, 2008, vol. 16, nº2. [Consult. 16 maio 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000200016&script=sci\\_arttext&tlng=p t](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000200016&script=sci_arttext&tlng=p t)

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Oral Intake During Labor. Committee Opinion on Obstetric Practice. [Em linha]. 2009. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-onObstetric-Practice/Oral-Intake-During-Labor>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGY (ACOG). Guidelines on Labor Induction. Obstet Gynecol. Julho, 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Neonatal Resuscitation: Guideline. [Em linha]. 2015. [Consult. 15 maio 2017]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-13neonatal-resuscitation/>

ANIM-SOMUAH, SMYTH e HOWELL. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour [Em linha]. Cochrane Database Systematic Review, 2011. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235275>

ARAÚJO e REIS. Enfermagem na Prática Materno-Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ARENAS. Aumentando las tasas de lactancia materna en el puerperio precoz: educación sanitaria de calidad. In: Congreso internacional virtual para enfermería y fisioterapia, Granada, 2012.

AROMATARIS e PEARSON. The systematic review: an overview. Am J Nurs. [Em linha] 2014. Vol. 114, nº3, pp. 53-58. [Consult. 19 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24572533>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO). Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso. LUSOCIÊNCIA: Loures, 2009.

AYRES DE CAMPOS, SANTOS e COSTA. Emergência obstétricas. Lisboa: Lidel, 2011.

AYRES-DE-CAMPOS, SPONG e CHANDRAHARAM. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. International Journal of gynecology obstetrics. [Em linha]. 2015. Vol. 131, nº1, pp.13-24. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(15\)00395-1/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00395-1/fulltext)

BACKSTROM e WAHN. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. Midwifery. [Em linha]. 2009. Vol. 27, nº1 [Consult. 1 maio 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783334>

BASCHAT, et al. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 6º Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012.

BASTON e HALL. Midwifery Essentials: Labour. Edinburgo: Churchill Livingstone, 2010.

BECK, et al. Care of the newborn: reference manual. Washington, DC: Save the Children Federation. [Em linha]. 2004. Vol. 4 [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0df91d2eba74a%7D/CARE-OF-THE-NEWBORN-REFERENCE-MANUAL-ENG.PDF>

BECKMANN, et al. Obstetrics and Gynecology. 6ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

BECKMANN e STOCK. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Em linha]. 2013. [Consult. 17 abril 2017]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub3/abstract>

- BHATTACHARJEE. Episiotomy Vs Perineal Tear - A Comparative Study of Maternal and Fetal Outcome. Journal of Dental and Medical Sciences. [Em linha]. 2014. Vol.13, nº1, pp 8-11. [Consult. 19 abril 2017]. Disponível em: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36495549/B0131150811.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1539553009&Signature=tZZv6rTUdrYQt7ubgL67TSN12ts%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEpisiotomy\\_Vs\\_Perineal\\_Tear\\_A\\_Comparativ.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36495549/B0131150811.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1539553009&Signature=tZZv6rTUdrYQt7ubgL67TSN12ts%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEpisiotomy_Vs_Perineal_Tear_A_Comparativ.pdf)
- BOCCOLINI, et al. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. [Em linha]. 2013, Vol. 89, nº 2. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200005)
- BORDERS. Midwives' Verbal Support of Nulliparous Women in Second Stage Labor. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. [Em linha]. 2013. Vol.42, nº3, pp.311-320. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660438/>
- BOTELHO, CUNHA e MACEDO. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. Gestão e Sociedade Belo Horizonte. [Em linha]. 2011. Vol.5, nº11, pp.121136. [Consult. 17 março 2017]. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1220/906>
- BOULET, et al. Fetal growth risk curves: defining levels of fetal growth restriction by neonatal death risk. Am J Obstet Gynecol. [Em linha]. 2006.Vol. 195, nº 6. [Consult. 7 maio 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16769013>
- BRAGA e MELO. Como fazer uma Revisão Baseada na Evidência. Rev Port Clin Geral. [Em linha]. 2009. Vol.25. [Consult. 19 junho 2017]. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/10691-10607-1-PB.pdf>
- BRANT, AFFONSO e VARGAS. Incentivo à Amamentação Exclusiva na Perspetiva das Puérperas. [Em linha]. 2009. Vol.14, nº3, pp. 512-517. [Consult. 20 julho 2017] Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/16182/10701>
- BRODSKY e CHRISTOU. Current concepts in intrauterine growth restriction. J Intensive Care Med. [Em linha]. 2004. [consult. 7 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15523117>
- CALDWELL e GROBBEL. The Importance of Reflective Practice in Nursing. International Journal of Caring Sciences. [Em linha]. 2013. Vol. 6, nº3, pp.1-9. [Consult. 27 julho 2017]. Disponível em: <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4.%20us%20La.Caldwell.pdf>
- CABERO. Obstetricia y medicina materno fetal. Madrid: Panamericana, 2007.

CALAIS e VIVES-PARÉS. Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto. Barcelona: La liebre de marzo, 2009.

CAMPILLOS, RODRÍGUEZ e CRUZ. Manual de Registros Cardiotocográficos. Madrid, 2011.

CAMPOS, AMARAL e FARIA. Cuidados Assistenciais de Rotina Durante o Trabalho de Parto. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª Ed. Lousã: Lidel, 2014.

CAMPOS, MONTENEGRO e RODRIGUES. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 2º ed. Lisboa: Lidel, 2008.

CANNIZZARO e PALADINO. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Anestesia, Analgesia y Reanimación. [Em linha]. 2011. Vol. 24, nº2, pp. 59-74. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v24n2/v24n2a04.pdf>

CARDOSO. Tornar-se mãe, Tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais. Universidade Católica Portuguesa. Porto. 2011. Tese de Doutoramento.

CARPUTO. Crecimiento Intrauterino Restringido. [Em linha]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, 2012. [Consult. 1 maio 2017]. Disponível em: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2012/clase2012\\_crecimiento\\_intrauterino\\_restringido.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_crecimiento_intrauterino_restringido.pdf)

CARROLI e MIGNINI. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Systematic Reviews. [Em linha]. 2009. n.º1. [Consult. 1 abril 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>

CARVALHO, SOUZA e FILHO. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. Femina. [Em linha]. 2010. Vol.38, nº5, pp. 265-270. [Consult. 10 junho 2017].Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>

CASTAN e HOMS. Obstetricia para Matronas. Guía Práctica. Madrid: Panamericana, 2013.

CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE (CEBM). Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence [Em linha] 2009. [Consult. 20 setembro 2017] Disponível em: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009>

CESAR. Distúrbios Evacuatórios em Primigestas após o Parto normal: estudo clínico. Rev. Bras. [Em linha]. 2011. Vol. 31, nº2. [consultado 20 julho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v31n2/a03v31n2.pdf>

CHALIFOUR. A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Lusodidacta. Loures. 2008.



CHALMERS, et al. Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*. [Em linha]. 2009. Vol. 36, nº1, pp.13-25. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278379>

GHANG, et al. Prevention of preterm birth - Why can't we do any better?. *The Lancet*. [Em linha]. 2013. Vol.381, nº9862, pp. 19-25. [Consult. 16 março 2017]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612619564>

CHAVES. Estudo da colonização por *Streptococcus agalactiae*, de mulheres em idade fértil, na área metropolitana do Porto. Faculdade de Farmácia. Porto, 2011. Dissertação de Mestrado.

CIPE. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. Lisboa, 2017. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

CLODE, JORGE e GRAÇA. Normas de actuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria. 2<sup>a</sup> ed. Lisboa, 2012.

COOKE. When will we change practice and stop directing pushing in labour?. *British Journal of Midwifery*. [Em linha]. 2010. Vol.18, nº2, pp. 77-81. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>

COSTA. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares [Em linha]. Porto Alegre: 2002, vol.23, nº1, pp. 30-46. [Consult. 20 abril 2017]. Disponível em: [www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4391/2337](http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4391/2337)

CUNHA, et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Em linha]. 2009. Vol. 13, nº1, pp-146-153. [Consult. 5 maio 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>

CUNNINGHAM, et al. *Obstetrícia de Williams*. 23<sup>a</sup> ed. Brasil: McGraw Hill, 2011.

DAVID e XAVIER. Manual Técnico sobre a Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e às Principais Complicações Obstétricas e Neonatais [Em linha]. 2011. [Consult. 19 março 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>

DEBAS, et al. *Essential Surgery*. 3<sup>a</sup> Ed. Washington, DC: World Bank, 2015.

DÍAS. Vigilância pré-natal e decisão do parto. *Nascer e Crescer*. [Em linha]. 2012. Vol. 21, nº3. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087207542012000300012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087207542012000300012&script=sci_arttext&tlng=pt)

DINIZ. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. 2001. Tese de Doutorado.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) Indução do trabalho de parto. Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 002/2015.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa: DGS, 2016.

DIXON e FOUREUR. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? New Zealand College of Midwives. Journal 42 [Em linha]. 2010. [Consult. 17 maio 2017]. Disponível em: <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/13828/1/2010000232.pdf>

DIZ. Hipertermia Materna Intraparto de Causa Não Infeciosa - Qual a sua Importância?. Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar, 2014. Tese de mestrado.

DOWNE, et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). The Cochrane Library. [Em linha]. 2013. Vol.7. [Consult. 17 maio 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/pdf>

DUTTON, et al. Predictors of Poor Perinatal Outcome following Maternal Perception of Reduced Fetal Movements: A Prospective Cohort Study [Em linha]. 2012. Vol 7, nº 7, pp. 1-9. [Consult. 1 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22808059>

ERCOLE, MELO e ALCOFORADO. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Nursing Journal of Minas Gerais. [Em linha] 2014. Vol.18, nº1, pp. 9-12. [Consult 19 junho 2017]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

FARRAR, TUFFNELL e RAMAGE. Interventions for women in subsequent pregnancies following obstetric anal sphincter injury to reduce the risk of recurrent injury and associated harms. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Em linha]. 2014. [Consult. 18 abril 2017]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010374.pub2/abstract>

FEDERACION DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. Iniciativa Parto Normal: documento de consenso. Barcelona: FAME, 2008.

FERNANDES e CAMACHO. Doença Hemorroidária. Revista Portuguesa de Coloproctologia. [Em linha]. 2009. [Consult. 27 julho 2017]. Disponível em: [http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol\\_maio\\_agosto\\_2009\\_pags\\_36\\_a\\_43.pdf](http://www.spcoloprocto.org/uploads/rpcol_maio_agosto_2009_pags_36_a_43.pdf)

FERNANDES, MACHADO e OLIVEIRA. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. Anais Brasileiros de Dermatologia [Em linha]. 2011. Vol.86, nº1. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en\\_v86n1a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en_v86n1a14.pdf)

FERNANDES, MACHADO e OLIVEIRA. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas-Parte II. In: An. Bras. Dermatol. [Em linha]. 2009. Vol. 84, nº1, pp. 47-54. [Consult. 20 juho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n1/a07v84n1.pdf>

FERREIRA. Determinantes da Tomada de Decisão do Tempo de Amamentação. Universidade de Coimbra. 2004. Dissertação de Mestrado.

FORTIN. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009.

FORSTER e MCLACHLAN. Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: a Review of the Literature. Journal of Midwifery and Women's Health. [Em linha]. 2007. Vol.52, nº3, pp. 273-280. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952306006696>

FRANCISCO, OLIVEIRA e SANTOS, et al. Avaliação e tratamento da dor do perineal no pós-parto vaginal. Acta Enfermagem. [Em linha]. 2011. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a14.pdf>

GALVÃO. Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. Lusociência. Loures [Em linha]. 2006. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/64575>

GARCIA. Protocolos em Analgesia Pós-Operatória. Biblioteca da Dor. [Em linha]. 2006. [Consult. 27 julho 2017]. Disponível em: [http://www.aped-dor.org/images/biblioteca\\_dor/documentos/Protocolos\\_em\\_Analgesia\\_Pos\\_Operatoria.pdf](http://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Protocolos_em_Analgesia_Pos_Operatoria.pdf)

GARDOSI. Intrauterine growth restriction: new stan- dards for assessing adverse outcome. Best Pract Res. [Em linha]. 2009. Vol.23. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19854681>

GRAÇA. Medicina Materno-Fetal. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010.

GUERRA, et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Em linha]. 2014. Especial 1, pp 117-124. [Consult. 17 março 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100019](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019)

GUROL-URGANCI, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Em linha]. 2013. Vol.120, nº 12, pp. 1516-1525. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12363>

HANDS. Safe storage of expressed breast milk in the home. MIDIRS Midwifery Digest. [Em linha]. 2003. Vol 13, pp. 378-385. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: [https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&as\\_sdt=0%2C5&q=Safe+storage+of+expressed+breast+milk+in+the+home.+hands+2003&btnG=](https://scholar.google.pt/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Safe+storage+of+expressed+breast+milk+in+the+home.+hands+2003&btnG=)

HATEM et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester: John Wiley & Sons. [Em linha]. 2008. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843666>

HESHER, et al. Monitoring of fetuses with intrauterine growth restriction: a longitudinal study. Ultrasound Obstet Gynecol.[Em linha]. 2001. Vol. 18. [Consult. 7 maio 2017].Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11844190>

HOCKENBERRY e WILSON. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9ª ed. Elsevier, 2014.

HODNETT, et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Em linha]. 2012, Vol. 10. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076901>

ILLANES, et al. Restricción de crecimiento intrauterino. [Em linha]. Chile: The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2014. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.acog.cl/upl/20110606072041.pdf>

INSTITUTE FOR CLÍNICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). Management of labor. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement. 5ª edição, 2013.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). Essential competencies for basic midwifery practice. Holanda. 2013.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Guidelines: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. International Journal of Gynecology and Obstetrics [Em linha]. 2012. Vol.117 [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(12\)00095-1/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(12)00095-1/abstract)

JENNINGS. Understanding a physiological third stage of labour: A personal reflection, British Journal of Midwifery. 2012.

JIANG, et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (review). Cochrane. [Em linha]. 2017. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.cochrane.org/pt/CD000081/episiotomia-seletiva-ou-de-rotina-no-parto-vaginal>

JOHNSON e JOHNSON. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del RN. Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. Revista Matronas

Prof. [Em linha]. 2013. Vol. 14, nº4, pp. 1-50. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f140bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso\\_DEF.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f140bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso_DEF.pdf)

JONSON. Enfermagem Materna e do RN desmistificada: Um guia de aprendizado. Macgraw-Hill. Artmed, 2012.

KELLY, et al. Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. MCN Am J Matern Child Nurs. [Em linha] 2010. Vol.35, nº 2, pp. 81-88. [Consult. 15 abril 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215948>

KING, et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev. [Em linha]. 2003. CD002255 [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535434>

LAGES. Parto por Cesariana: Consequências a curto e longo-prazo. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. 2012. Tese de mestrado.

LANDY, et al. Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery. Obstet Gynecol. [Em linha]. 2011. Vol.117, nº3, pp. 627-635 [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3132187/>

LAPTOOK. Neonatal and infant death: the Apgar score reassessed. The Lancet. [Em linha]. 2014. Vol 384, nº 9956, pp. 1727-1728 [Consult. 15 maio 2017] Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61305-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61305-2.pdf)

LAUZON e HODNETT. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. Cochrane Database Syst Rev. [Em linha]. 2001. Vol.3 [Consult. 15 maio 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11686969>

LAVENDER, HART e SMYTH. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review). The Cochrane Library. [Em linha]. 2013. Vol. 7. [Consult. 1º junho 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub4/full>

LAZURE. Viver a relação de ajuda. Lusodidacta. Lisboa. 1994.

LEVY e BÉRTOLO. Manual de Aleitamento Materno. OMS/UNICEF, 2012.

LEWIN, SINGLETON e JÁCOBS. Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 2008.

LIMA, et al. A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. *Revista Uninga Review*. [Em linha]. 2013. Vol.16, nº2. [Consult. 15 abril 2017]. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1470>

LOCK e GIBB. The power of place. *Midwifery*. [Em linha]. 2003. Vol.19, pp. 132-139. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809633>

LOFF. Guia prático para a elaboração de currículos e relatórios críticos de actividades. Coimbra: Formasau, 1999.

LOWDERMILK e PERRY. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2008.

LOWDERMILK et al. *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2012.

LUMLEY. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *Br J Obstet Gynecol*. [Em linha]. 2003. Vol. 110, nº20, pp. 3-7. [Consult. 15 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763104>

LUNA, MIGUEZ e LUNA. La agonía de la espera: en reposo hacia la maternidade. *Matronas Profesion*. [Em linha]. 2012. Vol.13, nº2 [Consul. 20 maio 2017]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/43-49-la-agonia-de-la-espera-en-reposo-hacia-la-maternidad.pdf>

LURIE, et al. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. [Em linha]. 2013. Vol.287, nº2, pp. 201-204. [Consult. 15 abril 2017]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-012-2551-8>

MACHADO. Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In: *Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lousã: Lidel, 2005.

MACHADO. Vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto. 2010. Tese de Mestrado.

MACLEOD, et al. Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Em linha]. 2013. Vol.120, nº8, pp. 1020-1027. [Consult. 15 abril 2017]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12184>

MAMEDE, et al. El dolor durante la fase activa del trabajo de parto: el efecto de deambulación. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [Em linha]. 2007. Vol. 15, nº6. [Consult. 17 maio 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_15.pdf)

MARQUES. Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal. Baseado nas Recomendações da OMS (1996). 2014.

MARQUES e REYNOLD. Distócia de Ombros - Uma urgência obstétrica [Em linha]. Acta médica portuguesa, 2011 artigo de revisão 24, pp. 613-620. [Consult. 17 junho 2017]. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>

MARTINS. Observação em enfermagem: Tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto. Florianópolis, 2014. Tese de doutoramento.

MARTINS. A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem. Porto, 2013. Tese de doutoramento.

MATOS, et al. Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev Bras Enferm. [Em linha]. 2010. Vol. 63, nº6, pp.9981004. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020)

MCCORMACK, et al. Person-centredness - the “state” of the art. International Practice Development Journal. [Em linha]. 2015. Vol.5, nº1. [Consult. 20 setembro 2018]. Disponível em: [https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ\\_05\(suppl\)\\_01.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)_01.pdf)

MCDADE. Long-term effects of birth weight and breastfeeding duration on inflammation in early adulthood.Proc Biol Sci. [Em linha]. 2014. Vol.281, nº23. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24759854>

MCDONALD e BROWN. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Em linha]. 2013. Vol. 120, nº7, pp. 823-30. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442053>

MCDONALD. Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma. British Journal of Midwifery. [Em linha]. 2010. Vol. 18, nº 10. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2010.18.10.78822>

MELO, et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reproductive Health. [Em linha]. 2014. Vol.11, nº66. [Consult. 19 abril 2017]. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-66>

MENDES, SILVEIRA e GALVÃO. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. [Em linha]. 2008.

Vol.17, nº4, pp. 758-764. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

MENDONÇA, et al. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. Rev Rene. [Em linha]. 2011. Vol 12, nº1. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/4191>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA, 2014.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación. Madrid: AETSA, 2011.

MIQUELUTTI, et al. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. [Em linha]. 2013. Vol.13, nº154, pp. 1-9. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-154>

MONTENEGRO e REZENDE. Obstetrícia fundamental. 13ª ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MOORE, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Em linha] 2016. Nº 11, pp. 1-158. [Consult. 15 maio 2017]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD003519/PREG\\_early-skin-skincontact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants](http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skincontact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants)

MORAIS e MIMOSO. Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. Acta Pediátrica Portuguesa. [Em linha]. 2013. Vol. 44, nº6, pp.343-7. [Consult. 14 março 2017]. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2717>

MOTTA e CREPALDI. O pai no parto e apoio emocional. A perspetiva da parturiente. Paidéia. [Em linha]. 2005. Vol.15, nº30, pp. 105-118 [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>

NÁPOLES e COUTO. Venous thromboembolic disease in pregnancy and puerperium: part 1 risk and diagnosis approach: review. Medisan. [Em linha]. 2011. Vol.15, nº10. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ghl/resource/en/lil616387>

NARDIN. Cardiotocografía continua (CTG) como una forma de monitoreo electrónico (MEF) para la evaluación fetal durante el trabajo de parto: Aspectos prácticos de la BSR. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. [Em linha]. 2007. [Consult. 17 março 2017]. Disponível em:



[http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/routine\\_care/jnguide/es/index.html](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/jnguide/es/index.html)

NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease-revised guidelines. Atlanta: CDC, 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLÍNICAL EXCELENCE (NICE) Intrapartum care: Care of healthy women and babies. Londres: NICE Clíical Guidelines, 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLÍNICAL EXCELENCE (NICE). Induction of labour. Londres: NICE Clíical Guidelines, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLÍNICAL EXCELENCE (NICE). Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. Londres: NICE Clíical Guidelines, 2010.

NATIONAL INSTITUTE OF CLÍNICAL EXCELLENCE (NICE). Postnatal care: clíical guideline 37. 2014.

NÉNÉ, et al. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2016.

NEIL e TOMEY. Teóricas de enfermagem e a sua obra. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

OLIVEIRA. Comparação do Tempo de Aplicação da Bolsa de Gelo para o Alívio da Dor Perineal Após o Parto Normal: Ensaio Clíical Randomizado [Em linha]. 2009. [consultado 20 julho 2017]. Disponível na em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde.../TeseLivreDocenciaSoniaJu.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde.../TeseLivreDocenciaSoniaJu.pdf)

OLIVEIRA, et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência prénatal. Cogitare Enferm. [Em linha]. 2009. Vol. 14, nº1. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>

OLIVEIRA, MADEIRA e PENNA. Vivênciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. Rev Rene. [Em linha]. 2011. Vol.12, nº1. [Consult. 17 março 2017]. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1\\_pdf/a07v12n1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Procedimentos de Cuidados Perineais à Puérpera durante o Internamento Hospitalar. Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna [Em linha]. 2011. Parecer n.º23/2011. [Consult. 19 junho 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_23\\_MCEESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto: Indicador de evidência [Em linha]. Projeto da MCEESMO-OE, 2012. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em:

[http://www.ordenenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordenenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Gestão ativa da Terceira fase do parto: As novas recomendações da OMS ajudam a focar na implementação [Em linha]. 2012 [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/2/WHO\\_RHR\\_14.18\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119831/2/WHO_RHR_14.18_por.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Geneva, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014. [Em linha]. [Consult. 16 abril 2017] Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200213/1/WHO\\_RHR\\_15.05\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200213/1/WHO_RHR_15.05_spa.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O clameamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal [Em linha]. 2013. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. [Em linha] 2014. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf)

PARREIRA. Natureza à Cultura; Parto e sua complexidade sociocultural. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. 2007. Nº 8, pp. 19-23.

PARREIRA, et al. in NÉNÉ. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2016.

PEREIRA, CARDOSO E MARTINS. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. Revista de Enfermagem de Referência. [Em linha]. 2012. Vol.3, nº7. [Consult. 19 abril 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200006&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200006&script=sci_arttext&lng=es)

PEREIRA, et al. Efeitos da analgesia epidural no trabalho de parto: Haverá lugar para a PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus)? [Em linha]. Julho, 2014. [Consult. 1 março

2017]. Disponível em: [http://www.anestesiaregional.com/uploads/media\\_items/revistacar-n%C2%BA-74.original.pdf](http://www.anestesiaregional.com/uploads/media_items/revistacar-n%C2%BA-74.original.pdf)

PÉREZ, et al. Factores que influyen en la realizacion de una episiotomia selectiva en mujeres nulíparas. Enfermeria Global [Em linha]. 2014. Vol.13, nº3, pp.398-410. [Consult. 17 junho 2017]. Disponível em: [http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834854022\\_2.pdfv](http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834854022_2.pdfv)

PETRONI, et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. Ciência, Cuidado e Saúde [Em linha]. 2012. Vol.11, nº3. [Consult. 16 abril 2017]. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15369>

PIMIENTO e BELTRÁN. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev chil obstet ginecol. [Em linha]. 2015. Vol.80, nº 6, pp.493-502. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>

POMPEO, ROSSI e GALVÃO. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. In: Acta Paul Enferm. [Em linha]. 2009. Vol. 22,nº.4, pp. 434-438. [Consult. 19 abril 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>

PORTO, AMORIM, e SOUZA. Assistance to the first period of labor based on evidence. Revista Feminina. [Em linha]. 2010. Vol.38, nº 10, pp. 527-537. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574503&indexSearch=ID>

PRESTON, et al. Clinical practice guideline for the management of women who report decreased fetal movements. Brisbane: Australian and New Zealand Stillbirth Alliance. [Em linha]. 2010. [Consult. 15 abril 2017]. Disponível em: <http://www.stillbirthalliance.org.au/doc/FINAL%20DFM%20guideline%20Ed1V1%2016Sept2010.pdf>

PRINS, et al. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. Bjog. [Em linha]. 2011. Vol.118, nº6, pp. 662-670. [Consult. 17 março 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x%3E>

RAMALHO. Protocolos de medicina materno-fetal.3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014.

RAMOS. Esperança no contexto da gravidez de risco. Instituto Superior Miguel Torga, 2014. Dissertação de mestrado.

REGO. O pai com participe no processo da amamentação: Intervenção da Enfermeira no Período Gravídico e Puerperal. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia Odontologia e Farmacia. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Fortaleza. 2008. Tese de mestrado.

RIBEIRO. Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Oliveira de Azeméis: Legis, 2010.

ROCHA, et al. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. Ver Esc Enferm USP. [Em linha]. 2009. Vol.43, nº4, pp.880-888. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3896>

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. Green-top Guideline nº19. London: RCOG, 2015.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Tocolysis for Women in Preterm Labour: Green-top Guideline Nº 1B. London: RCOG, 2011.

RUBARTH, SCHOENING e COSIMANO. Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy [Em linha]. 2012, vol. 41, pp. 398-407. [Consult. 20 abril 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15526909.2012.01349.x/full>

SAMPAIO e MANCINI. Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. Brazilian Journal of Physical Therapy. [Em linha]. 2007. Vol.11, nº1. [Consult. 19 junho 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552007000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552007000100013&script=sci_arttext)

SÁNCHEZ e PALLAS. Recomendaciones para el cuidado y atención del RN sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr. 2009. Vol. 71, nº4, pp.349-61.

SANTOS, PIMENTA e NOBRE. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. [Em linha]. Maio, 2007. [Consult. 17 junho 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf)

SARKADI, et al. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. Acta paediatrica. [Em linha]. 2008. Vol.97, nº2. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18052995>

SEABRA. O Choro do Bebê. Portal dos Psicólogos. [Em linha]. 2009. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>

SMYTH, MARKHAM e DOWSWELL. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). Cochrane Database Syst Rev. [Em linha]. 2013. Vol.6, nº1. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/epdf/standard>

SOCIEDAD ESPANOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (SEGO). Protocolo APP. Prog Obstet Ginecol.2012. Vol. 55, nº 7, pp. 346-66.

SOCIEDAD ESPANOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (SEGO). Protocolo puerperio normal y patológico. Madrid. 2008.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais [Em linha]. 2012. [Consult. 19 junho 2017]. Disponível em: [http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao\\_dos\\_consensos\\_em\\_infecoes\\_vulgovaginais.pdf](http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgovaginais.pdf)

SOUZA, SILVA e CARVALHO. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. [Em linha]. 2010. vol.8, nº1. [Consult. 17 maio 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&lng=pt)

STEDENFELDT, et al. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Em linha]. 2012. Vol.119, nº6, pp. 724-730. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2012.03293.x>

STEINER, et al. Episiotomy: the final cut?. Archives of Gynecology and Obstetrics. [Em linha]. 2012. Vol.286, nº 6, pp. 1369-1373. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-012-2460-x>

STEVEN, et al. Obstetricia, normalidad y complicaciones en el embarazo. Marbán, S.L. [Em linha]. 2000. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD003581.pdf>

SULAIMAN, et al. A randomized control trial evaluating the prevalence of obstetrical anal sphincter injuries in primigravida in routine versus selective mediolateral episiotomy. Saudi Med J. [Em linha]. 2013. vol.34, nº8. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: [http://applications.emro.who.int/imemrf/Saudi\\_Med\\_J/Saudi\\_Med\\_J\\_2013\\_34\\_8\\_819\\_823.pdf](http://applications.emro.who.int/imemrf/Saudi_Med_J/Saudi_Med_J_2013_34_8_819_823.pdf)

SUZUMURA, et al. How to Critically Assess Intensive Care Cohort Studies?. Série: Medicina Baseada em Evidência e Terapia Intensiva. [Em linha]. 2008. Vol.20, nº1, pp. 93-98. [Consult. 19 junho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a15v20n1>

TEIXEIRA. Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez. Faculdade de Medicina. Porto. 2011. Dissertação de Mestrado.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Reviewers' Manual 2011. The University of Adelaide. [Em linha]. 2011. [Consult 19 junho 2017]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). Immediate Care of the Newborn: Evidence Based Guidelines. [Em linha]. 2012. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immediate Care of the Newborn.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immediate%20Care%20of%20the%20Newborn.pdf)

TONSEN, et al. Periviable birth: executive summary of a joint workshop by the Eunice Kennedy Shiver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Em linha]. 2014. Vol.210, nº5 [Consul. 20 junho 2017]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937814001690>

TORRE. Assistência em Cuidados de Enfermagem à Perspectiva Antropobiológica. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2001. Dissertação de mestrado.

TWINDALE, et al. Obstetric anal sphincter injury risk factors and the role of the mediolateral episiotomy. Aust Obstet Gynaecol. [Em linha]. 2012. Vol.53, nº 1, pp. 17-20. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23016835>

VARELA. Assistência de Enfermagem no puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde Florianópolis. [Em linha]. 2007. [Consult. 20 julho 2017]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1189599>

VERGHESE, et al. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J. [Em linha]. 2016, 1459-67. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5035659/>

WINER. Different methods for the induction of labour in postterm pregnancy. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction.[Em linha]. 2011. Vol. 40, nº 8, pp. 796-811. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22056188>

WU, et al. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. Archives of Gynecology and Obstetrics. [Em linha]. 2013. Vol.288, nº6, pp. 1249-1256. [Consult. 15 abril 2017]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-013-2897-6>

YILDIRIM e BEJI. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. Birth. [Em linha]. 2008. Vol.35, nº1, pp.25-30. [Consult. 10 junho 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307484>

ZAFRAN e SALIM. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. Archives of Gynecology and Obstetrics. [Em linha]. 2012.

Vol.286, nº 3, pp. 591-597. [Consult. 10 abril 2017]. Disponível em:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-012-2333-3>

ZUGAIB. Obstetrícia. São Paulo: Manole, 2007.